

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Lékařská psychologie a psychopatologie



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

MUDr. Martin Černý

Viktimizace pacientů s duševním onemocněním

Victimization of persons with serious mental illness

Disertační práce

Školitel: doc. MUDr. Jan Vevera, PhD.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24.7.2018

MUDr. Martin Černý

Podpis

Identifikační záznam:

ČERNÝ, Martin. *Viktimize pacientů s duševním onemocněním [Victimization of persons with serious mental illness]*. Praha, 2018. 96 s., 36 příl. Disertační práce.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika. Školitel Doc MUDr. Jan Vevera, PhD.

Poděkování

Děkuji především mému školiteli panu doc. MUDr. Janu Veverovi, Ph.D. za jeho vedení, angažovanost, trpělivost a podporu. Děkuji panu Mgr. Ladislavovi Kážmérovi za jeho spolupráci v přípravě statistických analýz. Děkuji všem kolegům a spoluautorům za jejich podporu, ochotu a umožnění provádění projektu. Speciálně děkuji prof. Sheilagh Hodgins, MD za její zapojení, cenné komentáře, připomínky a podporu během celé doby projektu. Děkuji také prof. Janu Volavkovi za podporu a cenné zpětné vazby.

V neposlední řadě děkuji své ženě MUDr. Radmile Kučíkové za její trpělivost, podporu a toleranci.

Abstrakt:

Účel: Zjistit a) stav výzkumu násilného chování a viktimizace pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu; b) zjistit u pacientů trpících schizofrenií prevalenci násilného chování a viktimizace a studovat prediktory násilného chování.

Metoda: a) detailní analýza relevantních studií v databázi PubMed; b) u 158 pacientů s psychotickým onemocněním a spárované kontrolní skupiny byla zjišťována data o násilném chování a viktimizaci v posledních šesti měsících, fyzickém a sexuálním zneužívání v dětství a dospívání, užívání návykových látek a posttraumatické stresové poruše. Další informace byly získávány od blízkých osob. Pro identifikaci faktorů nezávisle asociovaných s násilným jednáním v posledních šesti měsících byla použita vícečetná regresní analýza.

Výsledky: a) Z relevantních studií pacientů se schizofrenií 72% (n=176) hodnotilo násilné chování, 23% (n=55) viktimizaci a 5% (n=13) obojí. b) Ve sledované souboru přítomnost psychotické poruchy souvisela s vyšším rizikem násilného jednání (OR=3.80; 95% CI 2.060-7.014). Další rizikové faktory zahrnovaly nedávnou fyzickou viktimizaci (OR=7.09; 95% CI 3.922-12.819), zneužívání v dětství (OR=3.15; 95% CI 1.877-5.271), míru užívání drog (OR=1.13; 95% CI 1.063-1.197) a alkoholu (OR=1.04; 95% CI 1.000-1.084). Vyšší věk (OR= 0.96; 95% CI 0.942-0.978) a zaměstnání (OR=0.30; 95% CI 0.166-0.540) byly protektivními faktory. S výjimkou drog, které vykazovaly větší efekt na násilné chování ve skupině bez psychotického onemocnění, nebyly mezi oběma skupinami nalezeny velké rozdíly, co se týče rizikových a protektivních faktorů násilného chování.

Závěry: Většina dosavadních studií analyzovala násilné chování pacientů se schizofrenním onemocněním. Ve zkoumaném souboru nedávná viktimizace byla nejsilnějším prediktorem násilného chování. Ačkoli psychóza sama o sobě zvyšuje riziko násilného chování, ostatní rizikové a protektivní faktory u osob s psychotickým onemocněním a kontrolní skupiny jsou velmi podobné.

Klíčová slova: *schizofrenie; psychóza; násilí; viktimizace; rizikové faktory*

Purpose: To estimate a) the state of the research of violent behavior and victimization of patients suffering with schizophrenia; b) to identify the prevalence of violent behavior and victimization in patients with schizophrenia and to study predictors of violent behavior.

Method: a) detailed analysis of relevant studies in the PubMed database; b) data on violent behavior and victimization in the last six months, physical and sexual abuse in childhood and adolescence, substance abuse and post traumatic stress disorder were gathered in 158 patients with psychotic illness and matched comparison group. Additional information was collected from collateral informants. Several regression analysis was used to identify factors independently associated with recent violent behavior.

Results: a) From relevant studies of patients suffering with schizophrenia 72% (n=176) examined aggressive behavior, 23% (n=55) victimization, and 5% (n=13) both. b) In the sample, the presence of a psychotic disorder was associated with an increased risk of assaults (OR=3.80; 95% CI 2.060-7.014). Additional risk factors in persons with and without psychosis included recent physical victimization (OR=7.09; 95% CI 3.922-12.819), childhood maltreatment (OR=3.15; 95% CI 1.877-5.271), the level of drug use (OR=1.13; 95% CI 1.063-1.197), and the level of alcohol use (OR=1.04; 95% CI 1.000-1.084). Increasing age (OR= 0.96; 95% CI 0.942-0.978) and employment (OR=0.30; 95% CI 0.166-0.540) were protective factors. Except for drug use, which appeared to have greater effect on violence in the group without psychosis, there were no major differences between patients and controls in these risk and protective factors.

Conclusions: Most previous studies have analyzed the violent behavior of patients with schizophrenic disease. In the sample, recent victimization was the strongest predictor of violent behavior. Although psychosis per se elevates the risk of violence, other risk and protective factors for violence in persons with psychosis and comparison group are largely similar.

Keywords: schizophrenia; psychosis; violence; victimization; risk

Obsah:

1. Úvod	10
2. Cíle práce a hypotézy	16
3. Metoda	
3.1. Studie 1 - Zjištění stavu výzkumu	18
3.2. Studie 2	19
4. Statistická analýza	
4.1. Studie 1	26
4.2. Studie 2	26
5. Výsledky	
5.1. Studie 1	29
5.2. Studie 2	31
6. Diskuse	45
7. Zhodnocení cílů a hypotéz práce	52
8. Souhrn	54
9. Použitá literatura	56
10. Přílohy	
10.1. Použité škály (baterie) projektu	61
10.1.1. Agresivní chování - anamnestická data - informace od pacienta	62
10.1.2. Agresivní chování - anamnestická data - informace od příbuzných nebo známých	66
10.1.3. Posttraumatická stressová porucha	70

10.1.4. CECA-Q, část 5-6	73
10.1.5. Socioekonomické charakteristiky	75
10.1.6. Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT)	76
10.1.7. Test pro identifikaci poruch působených užíváním drog (DUDIT)	78
10.2. Akutní truchlení	80

1 Úvod - Viktimizace pacientů trpících schizofrenií

Viktimizace je definována jako proces, ve kterém se člověk stane obětí jakéhokoliv násilného chování. Výzkumem viktimizace se vlastně vracíme ke kořenům moderní psychiatrie a psychologie, vzpomeňme traumatický model Sigmunda Freuda (1856-1939), který předpokládal, že traumatizující zážitky, zejména sexuální zneužití, vedou k psychickým potížím (neuróze). Freud tento model posléze opustil, ale podle některých autorů (zejména Jeffrey Masson) byl tento model správný a Freudovo opuštění bylo spíše podlehnutím tlaku společnosti ve snaze ochránit svoji pověst (Masson 2007). Výzkum viktimizace dává možnost znovunahlédnutí do citlivých témat, jakými jsou traumatické zkušenosti, sexuální zneužívání, tělesné trestání, násilné chování apod. a zkoumat možné souvislosti a dopady na psychický stav jedince, který takovéto události prožil.

Představa, že lidé s psychickým onemocněním jsou nebezpeční, je běžná a rozšířená (Pescosolido, Monahan et al. 1999) a nesprávná (Taylor and Gunn 1999) a je velkým faktorem při stigmatizaci lidí s psychickým onemocněním ve společnosti (James 1998). Na vzorku britské populace byla prokázána prevalence negativních názorů o duševním onemocnění (Crisp, Gelder et al. 2000). Nejvíce negativním názorem byl ten, který považoval lidi s psychickým onemocněním za nebezpečné. Navíc, tento názor nejčastěji převládal o lidech se schizofrenií ve srovnání s jinými psychickými onemocněními.

Je nyní přijímáno, že osoby se schizofrenií jsou více násilní, nežli jiní členové obecné populace (Arseneault, Moffitt et al. 2000). Přesto proporce násilných činů ve společnosti ve spojitosti se schizofrenií spadá pod 10% (Walsh, Buchanan et al. 2002). Předpokládají se 3 faktory k identifikaci zvýšeného rizika násilného chování u osob s psychosou: léková nonkompliance (Swartz, Swanson et al. 1998), aktivní psychotická symptomatologie (Taylor 1985, Swanson, Borum et al. 1996) a komorbidní nadužívání návykových látek (Brennan,

Mednick et al. 2000, Walsh, Buchanan et al. 2002). Role užívání návykových látek je poměrně silná v amerických studiích (Steadman, Mulvey et al. 1998), zatímco nedávný výzkum z České republiky (Vevera, Hubbard et al. 2005) stejně jako jiné evropské studie (Volavka, Laska et al. 1997, Hodgins, Hiscoke et al. 2003) předpokládají, že ve stabilním systému zdravotní péče u pacientů se schizofrenií nadužívání návykových látek není hlavní příčinou vedoucí k násilnému chování. Agresivitu může ovlivnit řada jiných faktorů, jako jsou nízká kontrola impulsů (Vevera, Fisar et al. 2005, Vevera 2006) a afektivní regulace (Herr, Jones et al. 2015, Skripkauskaitė, Hawk et al. 2015, Hodgins 2017). K násilnému situačnímu chování u hospitalizovaných přispívá personál a faktory nemocničního prostředí, dále sociální a ekonomické vlivy (Catalano, Snowden et al. 2007).

Dosavadní přehledy literatury pacientů s násilnými projevy, napadených pacientů a omezovaných pacientů dokumentují, že osoby s diagnostikovanou schizofrenií nebo poruchou osobnosti mají vyšší riziko stát se útočníkem (Flannery 2002).

V britské studii bylo zjištěno, že 16% pacientů se stanovenou diagnózou psychotického onemocnění bylo násilně viktimizováno; oběti násilného chování měly signifikantní závažnou psychopatologickou symptomatologii, byly bezdomovci, zneužívaly návykové látky a měly pozitivní anamnézu násilného chování (Walsh, Moran et al. 2003).

Je třeba zdůraznit, že velká většina uživatelů psychiatrické péče se nechová násilně a zároveň jsou častěji oběťmi násilných a kriminálních činů než jejich vykonavateli (Brekke, Prindle et al. 2001, Teplin, McClelland et al. 2005). V kontrastu s nárůstem kriminality v celé společnosti zůstává kriminalita páchaná pacienty s psychotickými, afektivními a organickými poruchami relativně stabilní a roste pouze kriminalita způsobená abúzem návykových látek (Vevera, Svarc et al. 2009).

Zatímco násilné chování psychiatrických pacientů je cílem mnoha výzkumů (Walsh, Buchanan et al. 2002, Vevera, Hubbard et al. 2005), druhá stránka tohoto problému, totiž jak

často jsou pacienti obětí násilného chování, zůstávala donedávna na okraji zájmu. Stále více je však zřejmé, že je zapotřebí přesunout pozornost věnovanou problému společenského rizika směrem pryč od nebezpečnosti ze strany psychicky nemocných k nebezpečnosti, kterou představují jiní členové společnosti těmto psychicky nemocným (Walsh, Buchanan et al. 2002, Walsh, Gilvarry et al. 2004). Na toto poukázaly i americké výsledky, že pacienti s psychózou žijící ve společnosti jsou 14x více obětí trestného činu, než aby byli pro takový zločin zatčeni (Brekke, Prindle et al. 2001). Data z britské provenience uvádějí, že jednoroční prevalence násilné viktimizace v komunitě psychotických pacientů je 16% (Walsh, Moran et al. 2003).

Ve studii z České republiky (Vevera, Hubbard et al. 2005) bylo zjištěno, že celková prevalence násilného chování u pacientů hospitalizovaných pro schizofrenii byla 42% u mužů a 33% u žen. Bohužel data o tom, jak často byli pacienti sami obětí násilí, nebyla v této práci sledována. V rámci mezinárodní studie DEMoBinc (Killaspy, King et al. 2009), kdy byli dotazováni pacienti dlouhodobě umístění v psychiatrických zařízeních, byla zjištěna roční prevalence násilné viktimizace u 19.4% dotazovaných v komunitních zařízeních, přičemž uživatelé komunitních zařízení ve srovnání s lůžkovými zařízeními více uváděli, že je někdo strašil (60%), křičel na ně (25%) nebo jim vyhrožoval (35%), fyzicky je napadl (15%) a sexuálně obtěžoval (15%) (Černý, Kališová et al. 2010).

Jak vyplynulo z analýzy (Černý and Vevera 2008), která je detailněji rozebrána v další části, až do 90. let se odborníci mnohem častěji zabývali tím, jak často se osoby trpící duševní poruchou chovají násilně než tím, jak často jsou obětí tohoto chování. Zřejmě se jedná o důsledky stigmatizace, ke kterým takto jednostranně zaměřený výzkum zároveň sám přispíval. Na stigmatizaci se vysoce podílí skutečnost, že uživatelé péče jsou považováni za nepředvídatelně nebezpečné. Právě domnělá nepředvídatelnost tohoto počínání je veřejností vnímána jako zvláště ohrožující. Jedná se ale o omyl, oběti jsou většinou rodinní příslušníci a

poskytovatelé péče a o ohrožení často vědí předem, jen nejsou schopni se dovolat účinné pomoci (Vevera, Hubbard et al. 2005).

Dosavadní výzkum násilného chování pacientů s duševním onemocněním byl tedy především zaměřen na tyto pacienty jako na aktéry, než jako na oběti násilného a kriminálního chování a viktimizace (Černý and Vevera 2008). Ukazuje se však, že pacienti trpící schizofrenií jsou častěji viktimizováni ve srovnání s běžnou populací (Fitzgerald, de Castella et al. 2005). Data z USA a Velké Británie podobně ukazují, že tito pacienti jsou při násilných konfliktech častěji obětmi než útočníky (Hodgins, Cree et al. 2007).

Zatímco v těchto zemích je viktimizace pacientů se závažným duševním onemocněním vysoká, v ČR, kde je odlišná organizace zdravotní péče, tato problematika nebyla dosud studována. Důsledky násilí, viktimizace, fyzického a sexuálního zneužívání na vznik psychických poruch, především posttraumatické stresové poruchy (PTSD) rovněž nejsou u pacientů se schizofrenií dostatečně studovány a rozpoznávány (Heins, Simons et al. 2011).

Fyzické a psychologické trauma hraje podstatnou roli v rozvoji závažných duševních onemocnění včetně PTSD a schizofrenie; zneužívání v dětství je dokonce považováno za kauzální faktor pro psychózu a schizofrenii (Read, van Os et al. 2005). Přesto stále chybějí standardizované psychometrické nástroje pro měření traumatických zkušeností, jako jsou násilné chování, viktimizace, fyzické a sexuální zneužívání. Z důvodu nedostatku vhodných diagnostických nástrojů a malém povědomí, např. o komorbiditě PTSD a schizofrenie, není významná část pacientů správně diagnostikována a adekvátně léčena (Mueser, Goodman et al. 1998). Této vulnerabilní skupině lidí je obecněji věnována malá a validní pozornost způsobům jejich emočního zpracování traumatických a životních situací (např. i ztráta blízké osoby, truchlení, ztráta zaměstnání, osamocení apod.)

Pacienti s psychotickým onemocněním (především se schizofrenií a schizoafektivní poruchou) mají v porovnání s běžnou populací vyšší riziko, že se budou dopouštět násilných a trestných činů, jak prokazují studie prováděné v různých zemích (Hodgins, Alderton et al. 2007, Fazel, Langstrom et al. 2009). Nedávná meta-analýza zkoumala u duševně nemocných větší počet rizikových faktorů pro násilí (Witt, van Dorn et al. 2013), zahrnuty byly faktory jako mužské pohlaví, nižší věk, nižší dosažené vzdělání, historie zneužívání v dětství, násilná viktimizace v dospělosti, nezaměstnanost, svobodný stav, nedávné nadužívání alkoholu nebo drog, nedávné násilné jednání, současná psychopatologie, především pozitivní psychotické příznaky. Tyto rizikové faktory pro násilí u propuštěných vězňů (Fazel, Chang et al. 2016) jsou podobné těm, které byly pozorované u duševně nemocných. Nicméně, dosud neexistovala žádná publikace, která by provedla porovnání rizikových faktorů pro násilí u osob s duševním onemocněním s osobami bez duševního onemocnění.

Zatímco poměr šancí (odds ratios) pro násilné trestné činy (porovnávající počty jedinců s psychotickým onemocněním a běžnou populací) je podobný napříč zeměmi, proporce osob se schizofrenií, kteří se dopouštějí násilného nebo trestného násilného jednání, se různí (Hodgins 2008). Důsledkem toho může být, že faktory spojené s násilím u osob s psychotickým onemocněním se mohou v různých zemích lišit. Poměr trestných činů se liší v různých zemích a národech, stejně jako proporce osob zažívajících faktory asociované se zvýšeným rizikem násilí, jako je užívání drog, prožití fyzické viktimizace, tělesné a sexuální zneužití v dětství a posttraumatická stresová porucha (Volavka and Swanson , Honkonen, Henriksson et al. 2004, Hodgins, Alderton et al. 2007, Sadeh, Binder et al. 2014).

Z těchto důvodů je zřejmá důležitost porovnávání násilného jednání spolu se všemi dalšími korelacemi u osob s duševním onemocněním a osob bez duševního onemocnění, a kteří žijí ve stejných kulturních podmínkách. Znalost těchto faktorů je nezbytná pro prevenci násilného chování.

Většina těchto rizikových faktorů je již dlouho známa (Volavka 2002), ale empirická evidence pro významnost násilné viktimizace u pacientů s psychózou jako rizikového faktoru pro násilné chování se objevila teprve nedávno (Short, Thomas et al. 2013, Latalova, Kamaradova et al. 2014, Sadeh, Binder et al. 2014, Johnson, Desmarais et al. 2016, Dean, Laursen et al. 2018). Dále, navráťivší se veteráni s posttraumatickou stresovou poruchou často projevovali násilné jednání, a u přibližně 30% pacientů trpících schizofrenií se rozvinula PTSD jako následek viktimizace a jiných traumatických zkušeností (Buckley, Miller et al. 2009, Newman, Turnbull et al. 2010). Proto u pacientů trpících schizofrenií je PTSD potenciálním rizikovým faktorem pro násilné jednání.

2 Cíle práce a hypotézy

- 2.1 Zjistit stav výzkumu násilí a viktimizace u pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu
- 2.2 Vyvinout, přeložit, připravit a validizovat základní psychometrické nástroje pro měření násilného chování, viktimizace (MacArthur Interview) a jejich důsledků (SCID modul pro PTSD), sexuálního zneužívání a tělesného trestání v dětství (CECA-Q).
- 2.3 Získat deskriptivní kalibrovaná data o prevalenci násilného chování a viktimizace (v době 6 měsíců před hospitalizací) u pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu, dále data o jejich fyzickém a sexuálním zneužívání v dětství a adolescenci, užívání alkoholu, užívání drog a PTSD.
- 2.4 Identifikovat u násilného chování souvislost s přijetím do nemocnice nebo s dodržováním nemocničního řádu.
- 2.5 Studovat vztahy mezi viktimizací, násilným chováním a PTSD a důsledky pro pacienty a poskytovatele péče (zlepšení diagnostiky, možností poskytované péče)

Tato studie, prováděná v České republice, se snaží porovnat prevalence násilného jednání, viktimizace, tělesného a sexuálního zneužívání v dětství a dospívání, nadužívání návykových látek, posttraumatické stresové poruchy u osob s psychotickým onemocněním a u osob bez tohoto onemocnění a zkoumat rizikové faktory pro násilné jednání. Specificky bylo plánováno testování, zda demografická data, zneužívání v dětství, nedávná viktimizace, nedávné nadužívání alkoholu nebo drog a PTSD byly nezávislými rizikovými faktory pro násilí u osob s psychózou a bez psychózy. Oddělené vyhodnocení prediktorů v těchto dvou

skupinách umožní jejich vzájemné porovnání. Dalším cílem je zjistit psychopatologii v době násilných aktů.

Nulové hypotézy:

1. Viktimizace je zkoumána méně než násilné jednání u pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu.
2. Prevalence viktimizace v 6 měsících před hospitalizací je vyšší u pacientů trpících schizofrenií než u kontrolní skupiny.
3. Nejméně 10% pacientů léčených pro schizofrenii trpí též komorbidní PTSD, která dosud nebyla diagnostikována a léčena.
4. Prevalence násilí v 6 měsících před hospitalizací u mužů a žen trpících schizofrenií je vyšší než u kontrolní skupiny.
5. V násilném jednání jsou zastoupeny významnou měrou incidenty související s přijetím do nemocnice nebo s dodržováním nemocničního řádu.
6. Prevalence sexuálního zneužívání je vyšší u pacientů trpících schizofrenií než u kontrolní skupiny.
7. Viktimizace je prediktorem násilného chování.
8. Psychopatologie souvisí s násilným chováním.

3 Metoda

3.1 *Studie 1 - Zjištění stavu výzkumu*

3.1.1 Metoda

Byla provedena detailní analýza studií v anglickém jazyce v databázi PubMedu pro klíčová slova „schizophrenia“ and „violence“ a 52 studií pro klíčová slova „schizophrenia“ and „victimization“. Po vyřazení duplikátů byly tyto studie jednotlivě revidovány, a z nich selektovány relevantní studie, tj. ty, které přinášely originální data a měřily násilí nebo viktimizaci u pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu (F2x dle MKN-10). Za viktimizaci bylo považováno i sexuální zneužívání v dětství, fyzické násilí v dětství a projevy hostility vůči subjektům hodnocení.

Vyřazovací kritéria byla 1) případové studie, 2) review, 3) jestliže nebylo jasné, zda bylo zkoumáno u diagnostické kategorie (F2x), 4) pokud se jednalo pouze o agresi vůči sobě včetně suicidálního jednání.

3.2 Studie 2 - Materiál a metoda

3.2.1 Účastníci studie

3.2.1.1 Skupina s psychotickým onemocněním

K účasti ve studii byli pozváni všichni pacienti starší 18 let hospitalizovaní tři a více dnů na Psychiatrické klinice od dubna 2008 do listopadu 2009 s diagnózou F2x dle MKN-10, tj. akutní polymorfní psychotická porucha, paranoidní schizofrenie, porucha s bludy, schizoafektivní porucha. Osloveni byli v době, kdy jejich ošetřující psychiatr usoudil, že jejich stav umožňuje kompetentní posouzení a zapojení do projektu. Účast ve studii byla dobrovolná a nebyla finančně honorována. Ze všech oslovených pacientů 92.4% souhlasilo s účastí.

3.2.1.2 Blízké osoby pacientů s psychotickým onemocněním

Téměř všichni (94.3%) účastníci s psychotickým onemocněním identifikovali blízkou osobu, která mohla referovat o jejich chování. Nejčastěji to byli členové rodiny (73.8%), přátelé (6.0%), nebo profesionálové (20.1%).

3.2.1.3 Kontrolní skupina

Kontrolní skupina byla sestavena z ambulantních pacientů Stomatologické kliniky 1.LF UK a VFN, které je lokalitou v blízkosti Psychiatrické kliniky, a z osob žijících v nízkoprahovém ubytovacím zařízení (ubytovna), kam se také uchylují pacienti po propuštění z hospitalizace na psychiatrii. Stomatologická klinika byla zvolena proto, že podobnost místa a nabízené péče implikuje podobnost socioekonomického statutu (SES).

Kontrolní skupina byla spárována tak, aby odpovídala věku, pohlaví, vzdělání, které byly zvoleny jako ukazatele SES u zkoumaných pacientů. Tyto ukazatele jsme zvolili, jelikož

v době získávání dat nebyl v ČR k dispozici standardní validizovaný dotazník určený k hodnocení SES. Využili jsme i práce, kde SES je hodnocen podle vzdělání, rodinného stavu a příjmu (Zikmunda 2007).

Účastníci kontrolní skupiny byli hodnoceni pomocí stejných škál, s výjimkou škály MacArthur Interview pro osoby blízké, kde nebyla vyžadována data od kolaterálního zdroje.

Tuto skupinu tvořili pacienti, kteří během 21 dní (7 pracovních a 14 víkendových dní) v období červenec až říjen 2009 v době přítomnosti vyšetřujícího psychiatra navštívili za účelem odborného stomatologického ošetření nízkoprahovou stomatologickou ambulancí s nepřetržitým provozem.

Téměř všichni dotázaní (96.2%) souhlasili s účastí na studii. Účast ve studii byla dobrovolná a nebyla finančně honorována. Celkem byla získána data od 242 subjektů starších 18 let, kteří byli schopni a projevíli svůj souhlas. Nicméně, mezi těmito 242 subjekty nebylo dostatek mužů se základním vzděláním (tak, aby mohli být porovnání se skupinou s psychotickým onemocněním). Proto dalších 19 účastníků bylo získáno z osob žijících v nízkoprahové ubytovně, kterým byla za účast nabídnuta finanční kompenzace 100,- Kč. Se všemi účastníky kontrolní skupiny bylo provedeno diagnostické interview k vyloučení anamnézy nebo přítomnosti psychotického onemocnění. Z takto získaných 261 subjektů (242 + 19) byla vytvořena kontrolní skupina 93 mužů a 65 žen, kteří splňovali stejná kritéria (věk, vzdělání) jako muži a ženy ze skupiny s psychotickým onemocněním.

3.2.2 Postup

Každý účastník nejprve obdržel ústní i písemné informace o studii, poté podepsal informovaný souhlas. Následně vyplnil sebeposuzovací dotazníky a proběhl rozhovor s psychiatrem, který diagnostikoval přítomnost duševního onemocnění, vyhodnotil násilné

chování, nedávnou či minulou viktimizaci. Uváděné incidenty byly znovu přehlednuty, posouzeny a byla vyhodnocena jejich závažnost jako střední a závažná.

3.2.2.1 Nástroje

Diagnóza. Pro stanovení duševního onemocnění byla použita škála The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; Sheehan, Lecrubier et al. 1998), verze 5.0.0. v českém překladu (prof. Zvolský). Ze setkání hodnotitelů, kteří hodnotili z videonahrávek stejné pacienty, byla vyhodnocena vysoká reliabilita (hodnota kappa 0.960 pro celkový skór).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD). Pro stanovení celoživotní prevalence PTSD byla psychiatrem administrována česká verze (Preiss, Mohr et al. 2004) PTSD modulu strukturovaného klinického interview pro DSM-IV (First, Spitzer et al. 1996). Česká verze interview není validizována.

Nadužívání návykových látek. Pro posouzení užívání návykových látek byly vedle MINI použity dva sebeposuzovací validizované dotazníky: Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT); Saunders, Aasland et al. 1993) a Test pro identifikaci poruch působených užíváním drog (Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT); Berman, Bergman et al. 2005). Hazardní a škodlivé vzorce konzumování alkoholu byly hodnoceny za použití validizované české verze screeningového AUDIT dotazníku, kde hazardní pití bylo definováno jako AUDIT skóre 8 a výše, škodlivé pití jako AUDIT skóre 16 a výše a problémové pití (možná závislost) jako AUDIT skór 20 a výše (Sovinova and Csemy 2010).

Škodlivé užívání drog bylo definováno jako DUDIT skóre 6 u mužů a 2 u žen a drogová závislost jako DUDIT skóre 25 u mužů i žen (Berman, Bergman et al. 2005). Před použitím ve studii byla škála DUDIT přeložena a zpětně přeložena a její základní psychometrické charakteristiky byly validizovány s uspokojivými výsledky (Cronbachova alfa 0.888, mezipoložková korelace 0.498).

Násilné projevy a viktimizace

Definice zkoumaného chování

Násilné chování - v posledních 6 měsících, zahrnuje hození předmětem po jiné osobě; postrkování, vrážení, plácnutí, kopnutí, kousnutí, škrcení, udeření jiné osoby; pokus o fyzické donucení k sexuálnímu kontaktu proti vůli dotyčné osoby; vyhrožování nožem, střelnou zbraní nebo jinou zbraní, které zmiňuje subjekt a/nebo osoba blízká.

Závažný násilný čin - v posledních 6 měsících, zahrnuje nucení k sexuálnímu kontaktu proti vůli dotyčného; vyhrožování zbraní; použití střelné zbraně nebo nože k poranění jiné osoby; způsobení jakéhokoliv poranění jiné osobě.

Viktimizace je definována jako proces, ve kterém se člověk stane obětí jakéhokoliv násilného chování (viz výše).

Pro zjištění historie násilného chování a viktimizace pro subjekt a pro osobu blízkou bylo použito škály *The MacArthur Community Violence Interview* (Steadman, Mulvey et al. 1998), která zaznamenává typ násilného aktu, jeho charakter, zdroj, cíl a místo. Účastníci studie i osoby blízké byli dotazováni, zda se subjekt hodnocení dopustil různých kategorií násilného jednání (např. strkání, uhození, udeření, kopání, kousání, ohrožování zbraní) v posledních šesti měsících. V případě pozitivní odpovědi byl dále dotazován počet

vyskytnutí takovýchto aktů ve zmíněném období. O každém incidentu byly zjištěny detaily, včetně zdroje, cíle, místa a přítomnosti psychotických symptomů. Dotazník má 22 položek, v popisující části je dalších 9 položek s možností vícečetné odpovědi. V případě vícečetných incidentů byl vyhodnocen pouze nejzávažnější incident. Pro odlišení incidentů souvisejících s přijetím do nemocnice nebo s dodržováním nemocničního řádu byly do dotazníku přidány 2 položky (23a) Došlo k některé z uvedených agresivních událostí v souvislosti s přijetím do nemocnice? 23b) Došlo k některé z uvedených agresivních událostí v souvislosti s dodržováním nemocničního řádu v průběhu pobytu na oddělení?).

Všechny zmíněné incidenty byly následně znovu přezkoumány, posouzeny a rozřazeny do dvou úrovní závažnosti: středně závažné (zahrnuje ta napadení, kdy nebylo způsobeno poranění či nebyla použita zbraň) a závažné (zahrnuje ta napadení, kdy bylo způsobeno poranění, či byla použita zbraň nebo zbraň byla držena v ruce, nebo došlo k sexuálnímu napadení) (Swanson, Swartz et al. 2006).

Výpovědi o násilných incidentech (jakýkoliv incident) se shodovaly u pacientů s psychózou a jejich blízkými osobami v 79.7%. Výpovědi o incidentech viktimizace se shodovaly v 75.3% incidentů zmiňovaných pacienty s psychózou a jejich blízkou osobou. Pacienti i osoby blízké byli retrospektivně dotazováni na přítomnost psychotických příznaků v době incidentu a odpovědi byly kategorizovány jako psychotické příznaky 1) přítomné, 2) nepřítomné nebo 3) možná přítomné. Pro další analýzu byly klasifikovány jako přítomné nebo chybějící (zahrnuje kategorii nepřítomné a možná přítomné).

Před použitím ve studii byla škála The MacArthur Community Violence Interview přeložena a zpětně přeložena a její základní psychometrické charakteristiky byly validizovány s uspokojivými výsledky (Cronbachova alfa 0.721, mezipoložková korelace 0.171).

Reliabilita výzkumníků při použití škály k hodnocení stejného subjektu byla vysoká, jak ukazuje intraclass correlation coefficient ($ICC = 0.94$ (CI 0.80-0.97)).

Pacienti a kontrolní skupina byli hodnoceni stejnými škálami, vyjma kontrolní skupiny, kde nebyla administrováno MacArthur Community Violence Interview pro osoby blízké.

Zneužívání v dětství

Pro měření a exploraci zneužívání v dětství a dospívání, tj. zjištění fyzického trestání a sexuálního zneužívání, byl použit dotazník The Childhood Experience of Care and Abuse questionnaire (CECA.Q), a to jeho části 5 a 6, které hodnotí péči, násilné chování, fyzické tresty před dovršením 17-ti let a nechtěné sexuální zkušenosti (Bifulco, Bernazzani et al. 2005). Tento nástroj získává retrospektivní data o fyzickém zneužívání osobou, která zaujímala hlavní mateřskou nebo otcovskou roli (obvykle, ale ne nutně, to jsou biologičtí rodiče). Dále se dotazuje na nechtěné sexuální zkušenosti a sexuální zneužívání jakoukoliv dospělou osobu nebo jedincem starším 5 let než dotazovaný, které prožil v období do 17 let věku. Tento dotazník je původně určen jako sebeposuzovací, nicméně zkušenosti z pilotní studie ukázaly na to, že dotazovaní nerozumí jeho obsahu nebo jej nevyplňují adekvátně a dochází ke ztrátám dat. Proto byl CECA.Q čten všem zúčastněným během osobního interview za účelem získání správných kategorických odpovědí. Podobný postup byl použit i v jiné studii (Trotta, Iyegbe et al. 2016).

Fyzické zneužívání bylo definováno jako opakované bití a trestání (rukou nebo nástrojem) s následným poraněním (podlitiny, odřeniny, zlomeniny) a bylo způsobeno osobou, která byla rozčilená a nedokázala se ovládat.

Zmíněné incidenty fyzického zneužití byly kategorizovány do dvou úrovní závažnosti: středně závažné, jestliže poranění nevyžadovala lékařské ošetření, a závažné, jestliže byla potřebná lékařská péče.

Sexuální zneužívání bylo definováno jako neadekvátní dotýkání, kontakt s genitálem, erekce, ejakulace nebo znásilnění, dále nepříjemné sexuální zkušenosti bez fyzického kontaktu (jako setkání s exhibicionistou, ukazování pornografie apod.) a také odmítnutí dotazovaného sdělovat další informace po přiznání incidentu zneužití.

Incidenty sexuálního zneužití byly kategorizovány do dvou úrovní závažnosti: 1) středně závažné zahrnovaly neadekvátní dotýkání, zkušenosti bez fyzického kontaktu a odmítnutí účastníka studie podávat další informace ohledně incidentu; 2) závažné zahrnovaly kontakt s genitálem, přítomnost erekce a ejakulace, nebo znásilnění.

Před použitím ve studii byla dotazník CECA.Q přeložen a zpětně přeložen a jeho základní psychometrické charakteristiky byly validizovány s uspokojivými výsledky (Cronbachova alfa 0.522, mezipoložková korelace 0.212).

3.2.2.2 Etické aspekty

Projekt byl schválen lokální Etickou komisí 1. lékařské fakulty Karlovy Univerzity v Praze. Všichni, kdo byli osloveni k účasti ve studii, obdrželi ústní i písemné informace a těm, kteří souhlasili s účastí, byl pak dán k podpisu informovaný souhlas. Pacienti s psychotickým onemocněním sdělili ústní souhlas blízké osobě k referování o jejich chování.

4 Statistická analýza

4.2.1 Studie 1

Ke statistické analýze byla použita základní deskriptivní statistika.

4.2.2 Studie 2

Power analýza

Na začátku projektu byla provedena power analýza, která potvrdila, že vzorek 70 mužů a 71 žen ve výzkumné a kontrolní skupině je dostatečný k testování uvedených hypotéz. Data pro power analýzu z pilotní studie (n=40): 50% žen a 40% mužů se schizofrenním onemocněním bylo viktimizováno v posledních 6 měsících; 20% mužů a 30% žen kontrolní skupiny bylo viktimizováno; 15% žen a 11% mužů se schizofrenním onemocněním trpělo PTSD; 7.5% mužů a 15% žen se schizofrenním onemocněním zažilo sexuální zneužívání v dětství; 80% dotázaných souhlasilo s účastí ve studii.

Statistická analýza získaných dat

Samotná analýza získaných dat byla provedena v několika následných krocích. Za prvé, charakteristiky subjektů s psychotickým onemocněním a bez psychotického onemocnění byly porovnány podle pohlaví pomocí chí kvadrát testu a ANOVA. Za druhé, párové korelace násilného chování v posledních šesti měsících spolu s řadou hypotetických rizikových/protektivních faktorů byly testovány pomocí neupravovaného podílu šancí (unadjusted odds ratios) jako statistické měření asociace (jednorozměrná analýza). Hypotetické faktory zahrnovaly sociodemografické charakteristiky účastníků (věk, pohlaví, úroveň vzdělání, rodinný stav, zaměstnání), zneužívání v dětství (fyzické trestání a/nebo sexuální zneužívání), nadužívání návykových látek (alkohol, drogy), přítomnost PTSD a nedávná fyzická viktimizace. Párové asociace byly testovány odděleně pro každou skupinu

účastníků (skupina s psychotickým onemocněním vs. kontrolní skupina) a pro celkový spárovaný dataset. Za třetí, bylo provedeno modelování vícečetné logistické regrese pro identifikaci faktorů, které byly nezávisle asociované s násilným chováním (vícerozměrná analýza).

V rámci vícerozměrné analýzy byly provedeny dvě série logistických regresí – první u skupiny účastníků s psychotickým onemocněním a druhá v kontrolní skupině. V každé této sérii bylo vytvořeno sedm modelů logistické regrese. V modelech 1 až 6 byly zahrnuty faktory, které byly korelovány s násilným chováním v předchozí jednorozměrné analýze na hladině významnosti $p \leq 0.1$, jak je doporučováno (Hosmer and Lemeshow 2004, Agresti 2007). Finální model 7 zahrnuje ty faktory, které se potvrdily jako signifikantní nezávislé prediktory násilí v šesti předcházejících regresních modelech prováděných v dané sérii. Ve všech vícerozměrných modelech byly jako kontrolní proměnné použity věk a pohlaví účastníků.

V obou analýzách, tj. v jednorozměrné i ve vícerozměrné, byl použit neparametrický přístup k inferenční statistice založený na bootstrappingu. Bootstrapping byl použit proto, aby byl zajištěn přesnější výpočet 95% konfidenčních intervalů (95% CI) pro odhady parametrů, a také kvůli vysvětlení možné statistické chyby prvního druhu, která se může objevit při vícečetném testování hypotézy. Tento přístup je doporučován především tehdy, jestliže je velikost souboru relativně malá, nebo pokud se data nechovají podle očekávání (Fox 2008). V obou analýzách, jednorozměrné i vícerozměrné, bylo použito bootstrapping stonásobné replikace s nahrazením.

Ve vícerozměrné analýze byly dále ještě testovány nezávislé efekty rizikových/protektivních faktorů očištěných na věk a pohlaví, které byly zahrnuty v logistických regresních modelech (model 1 až 7 dané série), pomocí dílčího pravděpodobnostního poměrového testu (dílní LR test). Efekty nezávislých proměnných na

násilí byly také ověřeny pro kolinearitu zkoušením variance inflačního faktoru (VIF). Úplný model deskriptivní statistiky byl prováděn pro každý regresní model, jak je doporučováno u logistické regrese (Bender and Grouven 1996, Hosmer and Lemeshow 2004, Agresti 2007).

Všechny analytické procedury byly prováděny pomocí statistického programu Stata 15.1 (StataCorp 2017).

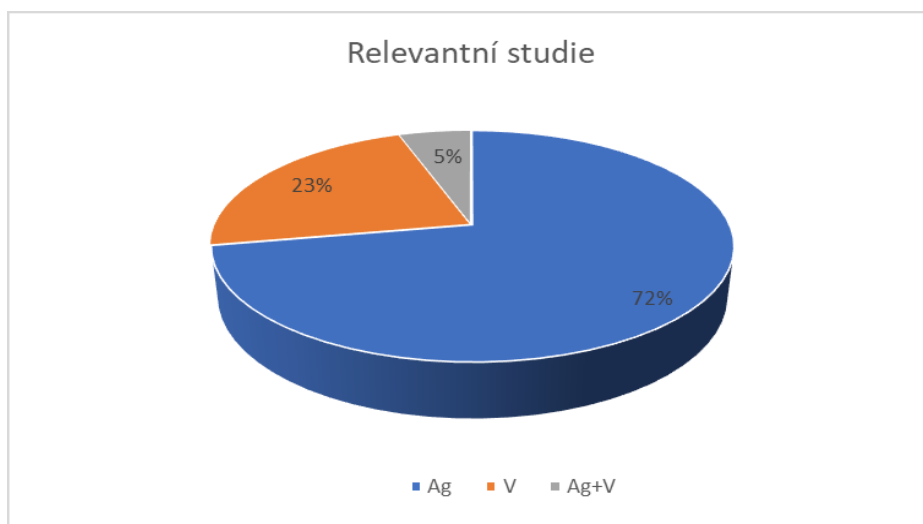
5 Výsledky

5.1 Studie 1

Celkem bylo k datu 6.8.2007 nalezeno celkem 870 studií, a to 818 studií pro klíčová slova „schizophrenia“ and „violence“ a 52 studií pro klíčová slova „schizophrenia“ and „victimization“.

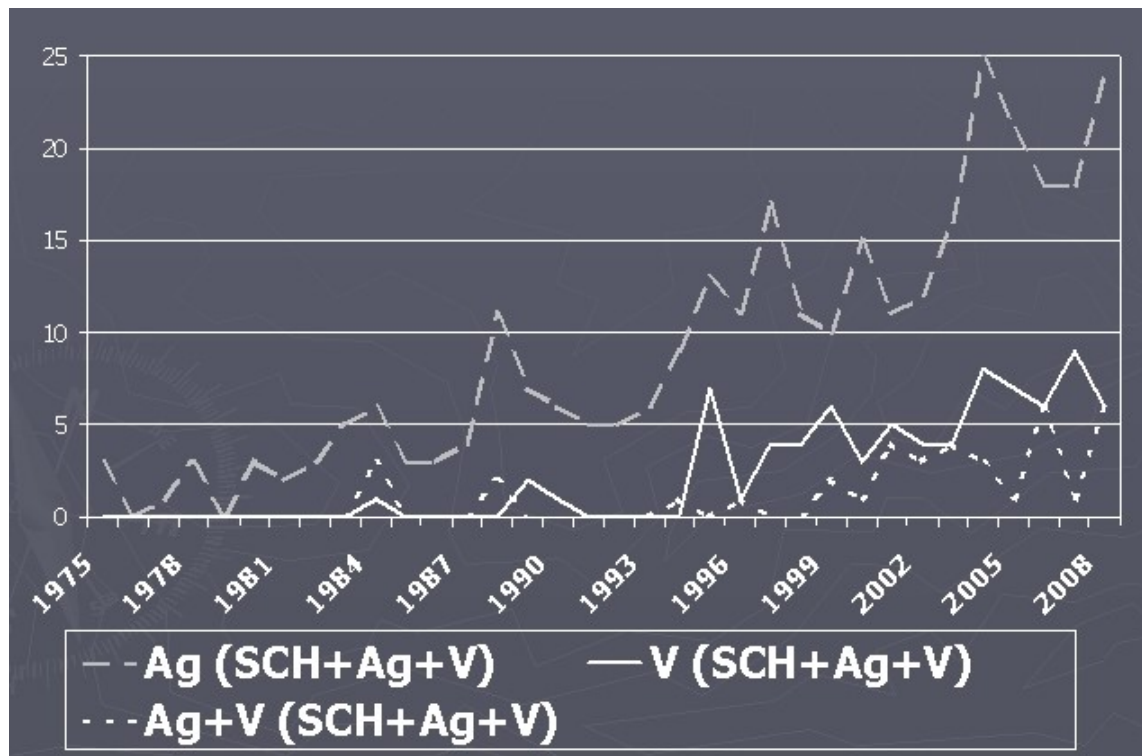
Z těchto 870 studií bylo selektováno 244 relevantních studií, které se zabývaly násilím nebo viktimizací nebo obojím u pacientů se schizofrenií.

Téměř $\frac{3}{4}$ (72%) z těchto studií (n=176) hodnotilo násilné chování u pacientů se schizofrenií, zatímco 23% (n=55) studií se zabývalo násilným chováním vůči pacientům se schizofrenií. Pouze 5% (n=13) studií se zabývalo obojím – jak násilným chováním pacientů se schizofrenií, tak násilným chováním vůči těmto pacientům. Grafické zobrazení výsledků je znázorněno na obrázku 1.



Obrázek 1: Relevantní studie u pacientů se schizofrenním onemocněním. Ag = studie zabývající se násilím; V = studie zabývající se viktimizací; Ag+V = studie zabývající se násilím a zároveň viktimizací.

Časové rozložení studií je zobrazuje Obrázek 2. Z něj je patrné, že zájem o výzkum násilného chování a viktimizace u pacientů trpících schizofrenním onemocněním stoupá, nicméně podstatná část těchto studií byla provedena v posledních dvou dekadách.



Obrázek 2. Časové rozložení studií násilného chování a viktimizace pacientů se schizofrenním (SCH) onemocněním. Ag = studie zabývající se násilím; V = studie zabývající se viktimizací; Ag+V = studie zabývající se násilím a zároveň viktimizací.

5.2 Studie 2

Charakteristika účastníků

Konečný soubor zahrnuje spárované dvojice 93 mužů a 65 žen. Všichni účastníci byli běloši. Pacienti s psychotickým onemocněním byli aktuálně hospitalizováni, průměrná délka celé hospitalizace byla 34.6 dní (SD=14.8) u mužů a 38.2 dní (SD=14.5) u žen. U pacientů s psychózou bylo identifikováno hazardní pití alkoholu u 15 (16.1%) mužů a 7 (10.8%) žen; žádné škodlivé pití; problémové pití, potvrzené MINI Interview jako závislost, bylo diagnostikováno u 2 (2.2%) mužů a 2 (3.1%) žen; nebyla zjištěna disociální porucha osobnosti (Antisocial Personality Disorder, ASPD).

U pacientů bez psychotického onemocnění 7 (7.5%) mužů a 5 (9.2%) žen splňovali kritéria pro poruchu nálady; 5 (5.4%) mužů a 5 (7.7%) žen kritéria pro úzkostnou poruchu; 6 (6.5%) mužů a žádná žena pro ASPD; 34 (36.6%) mužů a 8 (12.3%) žen pro hazardní pití, 4 (4.3%) mužů a žádná žena pro škodlivé pití; u 5 (5.4%) mužů a 2 (3.1%) žen byla diagnostikována závislost na alkoholu; u 16 (17.2%) mužů a 10 (15.4%) žen škodlivé užívání drog; a drogová závislost u 1 (1.1%) muže.

Tabulka 1. Porovnání mužů a žen s psychotickým onemocněním a bez psychotického onemocnění

	Ženy				Muži			
	Psychotické onemocnění	Bez psychotického onemocnění	<i>Test statistics</i> (<i>df</i>)	<i>p-hodnota</i>	Psychotické onemocnění	Bez psychotického onemocnění	<i>Test statistics</i> (<i>df</i>)	<i>p-hodnota</i>
	N = 65	N = 65			N = 93	N = 93		
Průměrný (SD) věk v letech	44.7 (13.9)	44.6 (14.9)	$F = 0.00$ (1)	$p = 0.981$	36.3 (13.9)	36.9 (14.0)	$F = 0.09$ (1)	$p = 0.768$
% dokončeného vzdělání								
Základní škola	4.6	4.6			23.7	23.7		
Odborné středoškolské	21.5	21.5	$X^2 = 0.00$ (3)	$p = 1.000$	26.9	26.9	$X^2 = 0.00$ (3)	$p = 1.000$
Středoškolské	52.3	52.3			36.6	36.6		
Vysokoškolské	21.5	21.5			12.9	12.9		
% svobodný stav	35.4	23.1	$X^2 = 2.38$ (1)	$p = 0.123$	81.7	55.9	$X^2 = 14.43$ (1)	$p < 0.001$
% zaměstnání	21.5	80.0	$X^2 = 44.44$ (1)	$p < 0.001$	20.4	75.3	$X^2 = 56.04$ (1)	$p < 0.001$
% PTSD	15.4	3.1	$X^2 = 5.88$ (1)	$p = 0.015$	7.7	2.2	$X^2 = 3.04$ (1)	$p = 0.081$
Nadužívání návykových látek v posledním roce								
Průměrný (SD) AUDIT skór	3.3 (4.9)	4.5 (5.8)	$F = 1.72$ (1)	$p = 0.192$	4.5 (4.7)	8.4 (6.2)	$F = 23.75$ (1)	$p < 0.001$
Průměrný (SD) DUDIT skór	2.0 (5.8)	0.2 (0.8)	$F = 6.41$ (1)	$p = 0.013$	2.4 (4.9)	2.2 (5.5)	$F = 0.04$ (1)	$p = 0.843$
Násilná viktimizace v posledních šesti měsících (%)								
Středně závažné napadení	21.5	15.4	$X^2 = 0.81$ (1)	$p = 0.366$	21.5	17.2	$X^2 = 0.55$ (1)	$p = 0.158$
Závažné fyzické napadení	15.4	1.5	$X^2 = 8.04$ (1)	$p = 0.005$	7.5	3.2	$X^2 = 1.69$ (1)	$p = 0.193$
Jakékoliv fyzické napadení	36.9	16.9	$X^2 = 6.60$ (1)	$p = 0.010$	29.0	20.4	$X^2 = 1.85$ (1)	$p = 0.174$
Zneužívání a zanedbávání v dětství								
% středně závažné fyzické trestání	10.8	18.5	$X^2 = 1.54$ (1)	$p = 0.214$	5.4	11.8	$X^2 = 2.46$ (1)	$p = 0.117$
% závažné fyzické trestání	10.8	12.3	$X^2 = 0.08$ (1)	$p = 0.784$	5.4	7.5	$X^2 = 0.36$ (1)	$p = 0.551$
% jakékoliv fyzické trestání	21.5	30.8	$X^2 = 1.43$ (1)	$p = 0.231$	10.8	19.4	$X^2 = 2.70$ (1)	$p < 0.101$
% středně závažné sexuální zneužití	9.2	4.6	$X^2 = 1.07$ (1)	$p = 0.300$	5.4	4.3	$X^2 = 0.12$ (1)	$p = 0.733$

% závažné sexuální zneužití	23.1	15.4	$X^2 = 1.24 (1)$	$p = 0.266$	5.4	4.3	$X^2 = 0.12 (1)$	$p = 0.733$
% jakékoliv sexuální zneužití	32.3	20.0	$X^2 = 2.55 (1)$	$p = 0.110$	10.9	8.6	$X^2 = 0.27 (1)$	$p = 0.603$
% jakékoliv zneužití v dětství (sexuální nebo fyzické)	46.2	41.5	$X^2 = 2.81 (1)$	$p = 0.596$	19.4	25.8	$X^2 = 1.11 (1)$	$p = 0.293$
Násilné jednání v posledních šesti měsících (%)								
Středně závažné napadení	33.8	12.3	$X^2 = 8.49 (1)$	$p = 0.004$	29.0	12.9	$X^2 = 7.30 (1)$	$p = 0.007$
Závažné fyzické napadení	4.6	1.5	$X^2 = 1.03 (1)$	$p = 0.310$	12.9	3.2	$X^2 = 5.87 (1)$	$p = 0.015$
Jakékoliv fyzické napadení	38.5	13.8	$X^2 = 10.19 (1)$	$p = 0.001$	41.9	16.1	$X^2 = 15.03 (1)$	$p < 0.001$

Vysvětlivky: PTSD – posttraumatická stresová porucha, SD – směrodatná odchylka.

Jak ukazuje Tabulka 1, pacienti s psychotickým onemocněním a bez psychotického onemocnění byli stejného věku a úrovně dosaženého vzdělání. Pacienti s psychotickým onemocněním byli v době hospitalizace méně zaměstnáni. Muži s psychózou vykazovali v porovnání s kontrolní skupinou podobnou prevalenci recentní viktimizace, zneužívání v dětství a míru užívání drog, a méně nadužívali alkohol.

Ženy s psychotickým onemocněním měly vyšší prevalenci PTSD a byly častěji obětí násilného jednání než ženy bez psychotického onemocnění. Šest žen s psychotickým onemocněním (9.2%) a jedna žena bez psychotického onemocnění (1.5%) uváděly sexuální zneužití v předchozích šesti měsících.

Násilné chování zmínilo 41.9% mužů s psychotickým onemocněním a 16.1% mužů bez psychotického onemocnění. Muži s psychotickým onemocněním projevovali téměř čtyřikrát častěji násilné chování než muži bez psychotického onemocnění ($OR=3.76$, 95% $CI=1.89-7.48$, $p<0.001$). Podobně ženy s psychotickým onemocněním častěji vykazovaly násilné chování než ženy bez psychotického onemocnění: jakékoliv napadení 38.5% versus 13.8%. A tedy, ženy s psychotickým onemocněním projevovaly téměř čtyřikrát častěji násilné chování než ženy bez psychotického onemocnění (ze spárované kontrolní skupiny) ($OR=3.89$, 95% $CI=1.64-9.22$, $p=0.002$).

Násilné jednání nebylo v souvislosti s přijetím do nemocnice nebo s dodržováním nemocničního řádu.

Tabulka 2. Neočištěný (unadjusted) podíl šancí (odds ratios, OR) násilného chování pro vybrané faktory, podle skupin účastníků, bootstrapp^{a)} výsledky

Faktor	Skupina účastníků						Celkový spárovaný soubor		
	s psychotickým onemocněním			bez psychotického onemocnění					
	OR	(95% CI) ^{b)}	P-hodnota	OR	(95% CI) ^{b)}	P-hodnota	OR	(95% CI) ^{b)}	P-hodnota
Věk	0.97***	(0.942-0.990)	0.006	0.93***	(0.900-0.969)	< 0.001	0.96***	(0.942-0.978)	< 0.001
Mužské pohlaví	1.16	(0.613-2.177)	0.655	1.20	(0.491-2.919)	0.693	1.16	(0.705-1.893)	0.567
Vzdělání (nižší než univerzitní)	1.66	(0.599-4.590)	0.331	2.40	(0.673-8.556)	0.177	1.77	(0.758-4.092)	0.188
Rodinný stav (ženatý, rozvedený)	0.64	(0.331-1.242)	0.188	0.19***	(0.062-0.591)	0.004	0.35***	(0.200-0.620)	< 0.001
Zaměstnaný	0.39**	(0.167-0.931)	0.034	0.67	(0.205-2.192)	0.509	0.30***	(0.166-0.540)	< 0.001
Zneužívání v dětství	3.27***	(1.670-6.405)	0.001	4.54***	(1.602-12.85)	0.004	3.15***	(1.877-5.271)	< 0.001
AUDIT skór	1.09**	(1.006-1.174)	0.034	1.08**	(1.006-1.159)	0.034	1.04*	(1.000-1.084)	0.052
DUDIT skór	1.07*	(0.996-1.138)	0.065	1.27***	(1.139-1.419)	< 0.001	1.13***	(1.063-1.197)	< 0.001
Posttraumatická stresová porucha	0.43	(0.128-1.442)	0.171	NA ^c	-	-	0.61	(0.175-2.098)	0.429
Fyzická viktimizace	5.13***	(2.409-10.94)	< 0.001	10.3***	(3.737-28.52)	< 0.001	7.09***	(3.922-12.819)	< 0.001
Psychotické onemocnění	-	-	-	-	-	-	3.80***	(2.060-7.014)	< 0.001
Počet účastníků	158			158			316		

Vysvětlivky: ^{a)} počet bootstrap replikací = 100; ^{b)} normální základní 95% konfidenční interval; *** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1; ^c neaplikovatelné

Jednorozměrná analýza faktorů asociovaných s násilím

Tabulka 2 zobrazuje párové asociace násilných projevů s vybranými faktory, odhadnuté pomocí neočištěných podílů šancí (unadjusted odds ratios). Tyto asociace jsou uvedeny zvlášť pro každou skupinu účastníků (s psychotickým onemocněním a bez psychotického onemocnění) a pro celkový spárovaný soubor; bootstrapped 95% konfidenční intervaly jsou taktéž uvedeny. Vybrané faktory zahrnují sociodemografické charakteristiky účastníků, nadužívání návykových látek, nedávnou fyzickou viktimizaci, PTSD a anamnézu zneužívání v dětství. Nakonec byla jako faktor testována v celkovém souboru přítomnost psychotického onemocnění.

Jak je patrné z Tabulky 2, signifikantní byly párové asociace násilného jednání spolu s nižším věkem, anamnézou zneužívání v dětství, vyšší úrovní skóre užívání alkoholu a drog, a nedávnou fyzickou viktimizací. Tyto faktory byly signifikantně korelovány s násilným chováním (na hladině pravděpodobnosti $p \leq 0.05$) ve skupině účastníků s psychotickým onemocněním stejně jako v kontrolní skupině, s výjimkou skóre užívání drog u pacientů s psychózou, které vykazovalo asociaci na hraniční hladině pravděpodobnosti ($p < 0.1$). Nebyla zjištěna asociace násilného jednání a pohlaví, ani úrovně vzdělání účastníků.

Ve skupině účastníků s psychotickým onemocněním byla nalezena negativní asociace zaměstnání a násilného jednání. Rodinný stav (ženatý/vdaná, rozvedená/ý) byl asociován s nižším násilným chováním jen u účastníků kontrolní skupiny. Protože v kontrolní skupině nebylo zjištěno násilné jednání u účastníků s PTSD, asociace násilného jednání a PTSD byla testována pouze ve skupině účastníků s psychotickým onemocněním; přesto nebyl zjištěn žádný signifikantní efekt. Při hodnocení celkového souboru přítomnost psychotického onemocnění zvyšovala riziko násilného chování téměř čtyřikrát.

Table 3. Očištěné (adjusted) podíly šancí (odds ratios, OR) odvozené z modelů logistické regrese predikující násilné chování pacientů s psychotickým onemocněním, N = 158, bootstrapp^{a)} výsledky

Faktor, kofaktor	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6		Model 7	
	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota
Vyšší věk	0.95 (0.923- 0.988)	0.008	0.97 (0.940- 0.992)	0.010	0.97 (0.942- 0.995)	0.020	0.97 (0.942- 0.997)	0.030	0.97 (0.940- 0.992)	0.012	0.96 (0.936- 0.989)	0.006	0.96 (0.934- 0.991)	0.012
Mužské pohlaví	0.80 (0.327- 1.974)	0.633	0.76 (0.524- 3.302)	0.559	0.81 (0.389- 1.702)	0.584	0.88 (0.406- 1.906)	0.746	0.78 (0.405- 1.520)	0.473	1.01 (0.441- 2.329)	0.975	1.16 (0.486- 2.758)	0.741
Rodinný stav (ženatý, rozvedený)	1.11 (0.416- 2.984)	0.830												
Zaměstnaný	0.28 (0.101- 0.795)	0.017											0.29 (0.089- 0.941)	0.039
Zneužívání v dětství			3.81 (1.635- 8.866)	0.002									2.40 (0.926- 6.224)	0.071
AUDIT skór					1.07 (0.986- 1.155)	0.109							1.10 (0.987- 1.223)	0.085
DUDIT skór							1.03 (0.954- 1.120)	0.415						
Posttraumatická stresová porucha									0.47 (0.138- 1.616)	0.232				
Fyzická											5.43	< 0.001	5.46	0.001

viktimize						(2.714-10.877)	(2.007-14.868)
Model fit statistiky							
Dílčí LR test (df), p-hodnota	8.28 (2), p = 0.016	12.01 (1), p < 0.001	3.18 (1), p = 0.075	0.97 (1), p = 0.324	1.650 (1), p = 0.199	21.35 (1), p < 0.001	39.05 (4), p < 0.001
Správně předpověděl (%)	65.2	64.6	63.3	67.1	64.1	69.6	75.3
Wald chí-kvadrát (df), p-hodnota	11.72 (4), p = 0.020	13.16 (3), p = 0.004	8.38 (3), p = 0.039	7.85 (3), p = 0.049	8.92 (3), p = 0.030	28.29 (3), p < 0.001	30.90 (6), p < 0.001
McFadden R-kvadrát	0.079	0.097	0.055	0.045	0.047	0.141	0.224
Cox & Snell R-kvadrát	0.101	0.122	0.072	0.059	0.061	0.173	0.260
Nagelkerke R-kvadrát	0.137	0.165	0.097	0.080	0.083	0.233	0.352
Hosmer a Lemeshow test: Chí-kvadrát (df), p-hodnota	6.14 (8), p = 0.632	7.07 (8), p = 0.530	9.68 (8), p = 0.288	12.84 (8), p = 0.118	2.48 (8), p = 0.963	14.72 (8), p = 0.065	9.68 (8), p = 0.288

Vyvětlivky: ^{a)} počet bootstrap replikací = 100; normální základní 95% konfidenční intervaly. Dílčí LR test ~ pravděpodobnostní poměrový test porovnávající modelová označení oproti základnímu (baseline) modelu jen s nezávislými proměnnými ‘Vyšší věk’ a ‘Mužské pohlaví’. Regresní modely byly kontrolovány pro kolinearitu mezi nezávislými proměnnými. Varianční inflační faktor (VIF) nepřekročil hodnotu 1.60 v žádném regresním modelu prezentovaném v Tabulce 3. Nejvyšší VIF byly nalezeny v Modelu 1 u sociodemografických proměnných ‘Vyšší věk’ a ‘Rodinný stav’ (VIF 1.40; resp. 1.58).

Vícerozměrná analýza faktorů asociovaných s násilím u osob s psychotickým onemocněním

Tabulka 3 znázorňuje očištěné podíly šancí (adjusted odds ratios), které byly získány z modelů vícečetné logistické regrese provedených ve skupině účastníků s psychotickým onemocněním. Dále jsou v tabulce prezentovány i bootstrapped 95% konfidenční intervaly a model fit statistiky pro každou logistickou regresi. Všechny modely zahrnovaly jako kontrolní proměnnou věk a pohlaví účastníků.

V Modelu 1 byla potvrzena významnost zaměstnání jako nezávislého protektivního faktoru vůči násilnému chování. Efekt rodinného stavu v Modelu 1 nebyl významný po očištění od ostatních sociodemografických kofaktorů. V Modelu 2 zneužívání v dětství významně, téměř čtyřnásobně, zvyšovalo riziko násilného chování. V Modelu 3 úroveň užívání alkoholu byla asociována na hraniční $p < 0.1$ hladině pravděpodobnosti (dílní LR test: 3.18 (df=1), $p = 0.075$). Ve skupině účastníků s psychotickým onemocněním byly v modelech 4 a 5 užívání drog a PTSD (po očištění na věk a pohlaví) nevýznamnými prediktory násilného chování. Model 6 ukazuje, že nedávná fyzická viktimizace byla asociována s více než pět krát vyšší šancí násilného jednání než kontrolní skupina účastníků bez zkušenosti nedávné viktimizace.

Finální Model 7 ukazuje výsledky, kde jsou zahrnuty všechny prediktory, které se ukázaly jako významné v předchozích modelech, tj. plně očištěné od efektu zaměstnání, zneužívání v dětství, úrovně užívání alkoholu a nedávné viktimizace, a samozřejmě očištěné od efektu věku a pohlaví. Zaměstnání a nedávná viktimizace se ukázala být nezávisle asociována s násilným chováním na hladině významnosti $p < 0.05$ level, zneužívání v dětství a skóre užívání alkoholu na hraniční hladině statistické významnosti ($p < 0.1$).

Jak je patrné ze statistických výpočtů vhodně zvoleného modelu, regresní modely vysvětlují významnou část variability dat (R kvadrát statistiky od 0.224 do 0.352 ve finálním

modelu) společně se statisticky dobře a vhodně zvoleným modelem (jak ukazuje Hosmer a Lemeshow test, všechny p-hodnoty >0.05). Přítomnost násilného chování byla ve finálním modelu správně predikována u 75.3% účastníků.

Tabulka 4. Očištěné (adjusted) podíly šancí (odds ratios, OR) odvozené z modelů logistické regrese predikující násilné chování pacientů bez psychotického onemocnění, N = 158, bootstrapp^{a)} výsledky

Faktor, kofaktor	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6		Model 7	
	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota	OR (95% CI)	p- hodnota
Vyšší věk	0.94 (0.880- 0.996)	0.037	0.92 (0.871- 0.971)	0.002	0.92 (0.884- 0.968)	0.001	0.94 (0.896- 0.988)	0.015	0.93 (0.891- 0.973)	0.002	0.95 (0.904- 1.001)	0.056	0.92 (0.862- 0.991)	0.027
Mužské pohlaví	0.48 (0.125- 1.870)	0.293	1.04 (0.309- 3.507)	0.949	0.52 (0.152- 1.768)	0.294	0.42 (0.098- 1.788)	0.240	0.76 (0.236- 2.471)	0.652	0.81 (0.229- 2.871)	0.745	0.52 (0.092- 2.919)	0.455
Rodinný stav (žinatý, rozvedený)	0.42 (0.061- 2.843)	0.371												
Zaměstnaný	0.25 (0.059- 1.085)	0.064											0.19 (0.020- 1.851)	0.154
Zneužívání v dětství			6.79 (2.222- 20.749)	0.001									11.38 (1.579- 82.038)	0.016
AUDIT skór					1.10 (1.005- 1.197)	0.038							1.03 (0.916- 1.157)	0.623
DUDIT skór							1.24 (1.094- 1.408)	0.001					1.21 (0.962- 1.526)	0.102
Posttraumatická stresová porucha										Nelze použít	-			

Fyzická viktimize						6.71 (2.537- 17.734)	< 0.001 (1.591- 38.810)	0.011
Model fit statistiky								
Dílčí LR test (df), p-hodnota	7.33 (2), p = 0.026	14.52 (1), p < 0.001	6.98 (1), p = 0.008	16.19 (1), p < 0.001	Nelze použít	13.89 (1), p < 0.001	46.42 (5), p < 0.001	
Správně předpověděl(%)	84.8	87.3	86.1	88.0	84.8	88.6	90.5	
Wald chí-kvadrát (df), p-hodnota	15.28 (4), p = 0.004	14.38 (3), p = 0.002	17.19 (3), p = 0.001	18.48 (3), p < 0.001	14.54 (2), p < 0.001	24.77 (3), p < 0.001	16.70 (7), p = 0.019	
McFadden R-kvadrát	0.159	0.212	0.156	0.225	0.104	0.207	0.449	
Cox & Snell R-kvadrát	0.127	0.165	0.125	0.174	0.085	0.162	0.318	
Nagelkerke R-kvadrát	0.221	0.288	0.217	0.304	0.148	0.283	0.554	
Hosmer and Lemeshow test: Chí-kvadrát (df), p-hodnota	5.75 (8), p = 0.675	9.14 (8), p = 0.331	11.23 (8), p = 0.189	5.86 (8), p = 0.663	4.12 (8), p = 0.846	6.82 (8), p = 0.556	2.58 (8), p = 0.958	

Vyvětlivky: ^{a)} počet bootstrap replikací = 100; normální základní 95% konfidenční intervaly. Dílčí LR test ~ pravděpodobnostní poměrový test porovnávající modelová označení oproti základnímu (baseline) modelu jen s nezávislými proměnnými ‘Vyšší věk’ a ‘Mužské pohlaví’. Regresní modely byly kontrolovány pro kolinearitu mezi nezávislými proměnnými. Nejvyšší varianční inflační faktor (VIF) byl nalezen v Modelu 1 u sociodemografických proměnných ‘Vyšší věk’ a ‘Rodinný stav’ (VIF 2.33; resp. 1.96). V ostatních modelech VIF nepřekročil hodnotu 1.60.

Vícerozměrná analýza faktorů asociovaných s násilným chováním v kontrolní spárované skupině

Tabulka 4 prezentuje výsledky modelů vícečetné logistické regrese prováděných ve spárované skupině účastníků bez psychotického onemocnění. Všechny regresní modely zahrnovaly jako kontrolní proměnnou věk a pohlaví účastníků.

V Modelu 1, očištěné podíly šancí (adjusted odds ratios) pro zaměstnání byly významné na hraniční hladině statistické významnosti $p < 0.1$ level. Nicméně, dílčí LR test (7.33 (df=2), $p = 0.026$) ukazuje na důležitost alespoň jednoho sociodemografického faktoru zahrnutého v Modelu 1 (zaměstnání, rodinný stav). V modelu 2 až 4 byla potvrzena významnost nezávislého rizikového efektu na násilné chování pro zneužívání v dětství, míry užívání alkoholu, míry užívání drog a nedávné viktimizace. Efekt PTSD nemohl být v kontrolní skupině testován. V Modelu 6 přítomnost nedávné viktimizace zvyšovala poměr šancí pro násilné chování téměř sedmkrát.

Ve finálním Modelu 7 byly simultánně testovány faktory, které byly potvrzené jako významné v předcházejících šesti modelech, s výjimkou rodinného stavu a PTSD. Zde byla potvrzena významnost ($p < 0.05$) efektu (po úplném očištění) zneužívání v dětství a nedávné viktimizace. Co se týče efektu užívání alkoholu a užívání drog na násilné chování v Modelu 7, u těchto dvou faktorů byla nalezena vzájemná korelace (Pearson $r = 0.39$, $p < 0.001$). Vlivem této vzájemné korelace mezi proměnnými a také vlivem limitovaného regresního prostoru v datech ($N = 158$) lze usuzovat, že odhadnuté poměry šancí k násilnému chování mohou být přespříliš očištěné (overadjusted). Plně očištěné odhady šancí pro zaměstnání nebyly signifikantní po kontrole ostatních prediktorů zahrnutých v modelu 7.

Podobně jako u předchozí skupiny účastníků, regresní modely provedené v kontrolní skupině vysvětlují významnou část variability dat (R kvadrát statistiky od 0.318 do 0.554 ve finálním modelu) společně se statisticky dobře a vhodně zvoleným modelem. Násilné chování bylo ve finálním modelu správně predikováno u 90.5% účastníků bez psychotického onemocnění.

Násilné chování a pozitivní psychotické příznaky

Z celkového počtu 93 mužů s psychotickým onemocněním referovali pacienti nebo jejich blízká osoba u 39 (41.9%) násilné chování během posledních šesti měsíců předcházejících aktuální hospitalizaci. Z těchto 39 násilných mužů jich 30 (76.9%) prožívalo pozitivní psychotické příznaky v době incidentu.

Z celkového počtu 65 žen s psychotickým onemocněním se 25 (38.5%) žen chovaly násilně a 11 (44%) z těchto 25 násilných žen prožívaly pozitivní psychotické příznaky v době incidentu.

6 Diskuse

Stigmatizace

Většina studií (72%), zaměřených na výzkum násilného chování pacientů se schizofrenií a násilného chování vůči pacientům se schizofrenií, analyzovala násilné chování pacientů se schizofrenií; o mnoho méně studií (23%) se zabývalo násilím a zneužíváním vůči těmto pacientům ze strany společnosti; pouze 5% studií se zabývalo obojím, tj. jak násilným chováním pacientů se schizofrenií, tak násilným chováním vůči těmto pacientům. Dosavadní výzkum násilného chování pacientů s duševním onemocněním byl tedy především zaměřen na tyto pacienty jako na aktéry, než jako na oběti násilného a kriminálního chování (Černý and Vevera 2008). Takto jednostranně zaměřený výzkum mohl a může sám o sobě přispívat ke stigmatizaci duševně nemocných.

Zkušenosti z pilotní studie

Pilotní studie spočívala v administraci všech dotazníků uvedených v metodě 65 pacientům trpícím psychotickou poruchou. Navzdory vysoké prevalenci nynější PTSD u pacientů léčených pro schizofrenii v pilotní studii nebyl nalezen ani jeden pacient správně diagnostikovaný pro komorbidní PTSD. Po administraci MINI i SCID modulu pro PTSD byl tento pozitivní pro 14% žen a 10% mužů trpících schizofrenií. Dále 9% mužů a 18% žen se schizofrenním onemocněním zažilo sexuální zneužívání v dětství, 45% žen a 34% bylo viktimizováno v posledních 6 měsících; 19% mužů a 32% žen kontrolní skupiny bylo viktimizováno; 94% dotázaných souhlasilo s účastí ve studii.

Komorbidity PTSD a schizofrenie – zkušenosti z pilotní studie

Skutečnost, že třetina (Mueser, Bolton et al. 2007) až polovina (Read and Hammersley 2005) pacientů trpících schizofrenií trpí též PTSD má důležité klinické implikace. PTSD může zhoršovat průběh schizofrenního onemocnění tím, že působí jako přímý stresor. Nepřímo může PTSD ovlivňovat interpersonální interakce prostřednictvím přetrvávající nedůvěry k okolí, v důsledku čehož se pacientům

dostává méně lékařských a sociálních služeb (Mueser, Bolton et al. 2007). Užívání návykových látek k potlačení symptomů PTSD může vést k relapsu schizofrenie. V souladu s těmito hypotézami je skutečnost, že osoby se schizofrenií a PTSD mají horší kvalitu psychického i fyzického zdraví než osoby bez PTSD (Resnick, Bond et al. 2003).

Důvod, proč je PTSD u pacientů se schizofrenií poddiagnostikována, není zřejmý. Lze se domnívat, že lékaři předpokládají, že pacienti se schizofrenií nejsou schopni poskytovat nezkreslená data o symptomech PTSD (diskuse na klinickém semináři, Psychiatrická klinika 1.LF UK, 23.4.2008). Rovněž jsme se setkali s názorem a námitkou recenzentů, že PTSD u pacientů trpících psychotickou poruchou může být obtížně diagnostikovatelná. Vzhledem k tomu, že testování pacientů probíhá až ve stabilizovaném stavu před propuštěním, jsme se s tímto problémem nesetkávali, navíc jsme případné nejasnosti byli schopni objasnit i pomocí objektivních údajů od příbuzných.

Výzkumný soubor

V našem souboru získaném v České republice, byli muži a ženy s psychotickým onemocněním přibližně čtyřikrát častěji násilní nežli kontrolní skupina bez psychotického onemocnění spárovaná podle věku, pohlaví a dosaženého vzdělání. Tento výsledek je konzistentní s předcházejícími nálezy (Hodgins, Alderton et al. 2007, Fazel, Langstrom et al. 2009, Van Dorn, Volavka et al. 2012, Witt, van Dorn et al. 2013).

Nejsilnějším rizikovým faktorem pro násilné chování u osob s psychotickým onemocněním a u osob bez psychotického onemocnění byly nedávná fyzická viktimizace, zneužívání v dětství, míra užívání drog a míra užívání alkoholu. Vyšší věk a zaměstnanost byly protektivními faktory. S výjimkou drog, které vykazovaly větší efekt na násilné chování ve skupině bez psychotického onemocnění, nebyly mezi oběma skupinami, tj. pacientů s psychotickým onemocněním a kontrolní skupinou bez psychotického onemocnění, nalezeny velké rozdíly, co se týče rizikových a protektivních faktorů násilného chování.

V této studii pacienti a osoby jim blízké referovaly konzistentně o násilných incidentech i o incidentech viktimizace. Tento výsledek podporuje ty nálezy, které uvádějí, že popisy incidentů

viktimizace samotnými pacienty se závažným duševním onemocněním jsou validní (Goodman, Thompson et al. 1999, Teplin, McClelland et al. 2005, Fisher, Craig et al. 2011). V kontrastu s tím existují zprávy, které ukazují, že výpovědi pacientů se závažným duševním onemocněním nejsou považovány za validní, jsou zlehčovány či označovány za nevalidní a přispívají tím k viktimizaci (Pettit, Greenhead et al. 2013).

Viktimizace

Osoby se psychotickým onemocněním byly přibližně dvakrát častěji obětmi násilného chování než osoby kontrolní skupiny bez psychotického onemocnění, obzvláště se to týkalo žen (prevalence jakékoliv fyzické viktimizace byla u žen s psychózou 36.9% v porovnání s ženami bez psychózy 16.6%; $X^2=6.60$ (1), $p=0.010$).

V konečném regresním modelu nedávná viktimizace zvyšovala riziko násilného jednání více než pětkrát u pacientů s psychotickým onemocněním a téměř osmkrát v kontrolní skupině. Tento nárůst je konzistentní s výsledky nedávných studií na vzorku duševně nemocných (Short, Thomas et al. 2013, Sadeh, Binder et al. 2014, Johnson, Desmarais et al. 2016), a stejně i s výsledky nedávné švédské studie spouštěcích faktorů násilí u pacientů se schizofrenií, bipolární poruchou a zdravých kontrol (Sariaslan, Lichtenstein et al. 2016). Mezi testovanými šesti potenciálními spouštěcími událostmi byla násilná viktimizace nejsilnějším spouštěcím faktorem pro násilné chování.

Dalším statisticky významným rizikovým faktorem ve finálním modelu u spárované kontrolní skupiny bylo zneužívání v dětství. Je známo, že zneužívání v dětství je asociováno s násilným chováním v dospělosti (Harford, Yi et al. 2014). Vůči tomu by zákony a další programy měly působit preventivně, ale výsledky tohoto projektu ukazují, že tyto strategie nejsou zcela efektivní. V této studii byl efekt zneužívání v dětství významný po očištění na věk a pohlaví, ale po dalším očištění na zaměstnání a úroveň užívání alkoholu a nedávnou viktimizaci byl signifikantní jen marginálně ($OR=2.4$, 95% $CI=0.926-6.224$, $p<0.1$). Přesto tato marginální signifikance je konzistentní s nedávnou přehledovou studií, která uvádí, že osoby s psychózou, kteří byli obětmi zneužívání v dětství, jsou přibližně dvakrát častěji násilní než jedinci

s psychózou, kteří nebyli v dětství obětí zneužívání (Green, Browne et al.). Tyto výsledky potvrzují významnou roli viktimizace, a to jak recentní, tak minulé, na násilné chování osob s psychózou.

Nadužívání návykových látek

V odborné literatuře je alkohol spojen s násilím již celá desetiletí (Volavka 2002) a jeho efekt na násilí byl potvrzen i velkými epidemiologickými studiemi (Pulay, Dawson et al. 2008). V této studii bylo nalezeno nižší užívání alkoholu u osob s psychotickým onemocněním než v kontrolní skupině. Dále, tato studie prokazuje míru skóre užívání alkoholu u osob s psychózou jako spíše marginálně významný prediktor pro násilné chování (adjusted OR=1.07, p=0.109). V kontrolní skupině osob bez psychotického onemocnění byl efekt míry užívání alkoholu na násilné chování statisticky významný, ale hodnotou velmi podobný efektu ve skupině osob s psychotickým onemocněním (adjusted OR=1.10, p=0.038).

Podobně jako ve všeobecné české populaci byla prevalence škodlivého pití alkoholu v kontrolní skupině vysoká. Česká republika se v celosvětovém měřítku řadí mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu (Global Alcohol Report 2014, Mladovsky, Allin et al. 2009). Vyšší užívání alkoholu v kontrolní skupině je v tomto projektu možné přisoudit i vlivu zvýšeného užívání návykových látek u pacientů s akutními stomatologickými potížemi a přímému toxickému vlivu alkoholu na stav dentálního zdraví (Petti and Scully 2005, Amaral Cda, da Silva-Boghossian et al. 2011, D'Amore, Cheng et al. 2011). V kontrastu s většinovým nálezem v literatuře (Volavka 2002) je v této studii prevalence hazardního pití vyšší u kontrolní skupiny než u pacientů s psychotickým onemocněním. Přesto tento náález je v souladu s předchozí studií schizofrenních pacientů, prováděnou na stejném pracovišti jako nynější studie, která zjistila relativně nízkou prevalenci užívání návykových látek (Vevera, Hubbard et al. 2005). V této studii (Vevera, Hubbard et al. 2005) byla vyslovena hypotéza, že relativně nízké prevalence nadužívání návykových látek souvisí s dlouhými hospitalizacemi, snadným přístupem k péči, všeobecným zdravotním pojištěním a vysokou mírou dohledu nad těmito pacienty.

Psychotické příznaky

V našem souboru 64.1% pacientů s psychotickým onemocněním uváděli, že prožívali pozitivní psychotické příznaky v době násilných projevů, u zbylých 35.9% můžeme spíše zvažovat ty rizikové faktory, které se vyskytují v běžné zdravé populaci. Na druhé straně, intenzivní cílené studium agresivity u hospitalizovaných pacientů s psychotickým onemocněním ukázalo, že proporce násilného chování, které lze připsat na vrub přítomnosti psychotických příznaků, je 20% (Nolan, Czobor et al. 2003). Tyto nesourodé výsledky můžeme částečně vysvětlit různou diagnostickou skladbou pacientů a použitím různých metod. U každé události vysoká úroveň pozitivních příznaků silně a výhradně souvisí s násilným chováním (Hodgins and Riaz 2011).

Osobám s psychózou můžou scházet dovednosti potřebné k vyřešení interpersonálních konfliktů, které následně mohou vyústit ve fyzické násilí, které zase zvyšuje pravděpodobnost, že budou viktimizováni. Další studie by se mohly zaměřit na testování, zda trénink sociálních dovedností vede k redukci zkušeností viktimizace.

Protektivní faktory

Co se týče sociodemografických proměnných, u osob s psychotickým onemocněním byly nalezeny dva významné protektivní faktory: vyšší věk a přítomnost zaměstnání. U násilného chování je známo, že se snižuje po pubertě směrem ke střednímu věku. Co se týče zaměstnání, existují některé důkazy, že zajištění zaměstnání redukuje jejich násilné chování (Heller 2014). Tato studie potvrzuje význam a důležitost chráněného zaměstnání pro psyčienty s psychotickým onemocněním. Na druhé straně pozorovan negativní vztah mezi zaměstnáním a násilím může být způsoben faktem, že násilní lidé mají potíže s udržení si zaměstnání.

Využití a důsledky

Výsledky tohoto projektu mohou mít dopad na vyhodnocování rizika násilného chování pacientů s psychotickým onemocněním a jejich léčbu. V mnoha zemích je k tomuto vyhodnocování používán „The Historical-Clinical-Risk Management-20“ (HCR-20; Douglas, Hart et al. 2014, O'Shea, Picchioni et al.

2014). Nicméně, HCR-20^{V3} může podhodnocovat význam nedávné viktimizace při vyhodnocování rizika pro násilné chování u pacientů s psychotickým onemocněním.

Výsledky této studie ilustrují důležitost provádění studií, které zkoumají násilné chování a jeho souvislosti u osob s psychotickým onemocněním v různých zemích a v různých kulturách. Zatímco mnoho studií z USA, Velké Británie a Skandinávie ukazují na silnou souvislost nadužívání návykových látek a násilného chování u pacientů s psychózou, tato studie prokazuje souvislost nižší. Tento nález potvrzuje nálezy předchozí studie, prováděné v České republice (Vevera, Hubbard et al. 2005, Vevera, Brazinova et al. 2008). Tato studie může přispět k aktuální vědecké diskusi a výzvě k úplnějšímu vyhodnocování toho, proč jsou někteří lidé s duševním onemocněním obzvláště náchylní k tomu být subjektem napadení (Swanson and Belden 2018).

Silné stránky a limity

Tato studie má řadu silných stránek. Zahrnuje osoby s psychotickým onemocněním a bez psychotického onemocnění, které žijí a vyskytují se ve stejném městě a lokalitě, spárované podle pohlaví, věku a dosaženého vzdělání. Spárovaná kontrolní skupina osob bez psychotického onemocnění je hlavní silnou stránkou této studie, která umožňuje přímé porovnání rizikových faktorů násilného chování osob s psychotickým onemocněním a bez psychotického onemocnění. Jedná se, podle našich znalostí, o první publikované srovnání prediktorů násilí u pacientů trpících schizofrenií a spárovanou kontrolní skupinou.

Byla použita zavedená diagnostická kritéria (MKN-10) a hodnotící nástroje (jako je MINI, AUDIT a MacArthur interview).

Studie přináší další data o rizikových faktorech pro násilné chování, která jsou získána z homogenní populace a jiného kulturního prostředí než v typických publikovaných studiích k tomuto tématu. Proto může přispět k současné vědecké diskuzi.

Hlavním limitem studie je relativně malá velikost souboru. Tento fakt neumožnil bližší a smysluplnou deferenciaci a analýzu proměných podle jejich dalšího rozčlenění dle míry závažnosti, ale bylo možné zacházet s proměnnými pouze jako s dichotomními indikátory.

Dále by bylo velmi užitečné zhodnotit psychopatii u pacientů a kontrol. Je docela dobře možné, že rizikové faktory pro násilí se liší v souvislosti s osobností útočníka a s typem násilného incidentu. Fakt, že uživatelé alkoholu mohou být přítomni ve vyšší míře v kontrolní skupině, může navyšovat užívání alkoholu jako rizikového faktoru pro násilné chování a viktimizaci. To může být předmětem dalšího výzkumu.

7 Zhodnocení cílů a hypotéz práce

Zhodnocení cílů práce

Lze konstatovat, že cíle, které byly stanoveny v části 2 (cíle 2.1 až 2.5), byly splněny:

Cíl 2.1, tj. zjistit stav výzkumu násilí a viktimizace u pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu, byl splněn, jak je ukázáno ve Studii 1.

Cíl 2.2, tj. vyvinout, přeložit, připravit a validizovat základní psychometrické nástroje pro měření násilného chování, viktimizace (MacArthur Interview) a jejich důsledků (SCID modul pro PTSD), sexuálního zneužívání a tělesného trestání v dětství (CECA-Q), byl splněn, přeložené a aplikované nástroje jsou uvedeny v části Příloha.

Cíl 2.3, tj. získat deskriptivní kalibrovaná data o prevalenci násilného chování a viktimizace (v době 6 měsíců před hospitalizací) u pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu, dále data o jejich fyzickém a sexuálním zneužívání v dětství a adolescenci, užívání alkoholu, užívání drog a PTSD (aktuální a celoživotní prevalence), byl splněn a je prezentován v části Studie 2.

Cíl 2.4, tj. studovat vztahy mezi viktimizací, násilným chováním a PTSD a důsledky pro pacienty a poskytovatele péče (zlepšení diagnostiky, možností poskytované péče), byl taktéž splněn a je prezentován v části Studie 2.

Zhodnocení hypotéz práce

1. Viktimizace je zkoumána méně než násilné jednání u pacientů trpících onemocněním schizofrenního okruhu. Tato hypotéza byla potvrzena.
2. Prevalence viktimizace v posledních 6 měsících před hospitalizací je vyšší u pacientů trpících schizofrenií než u kontrolní skupiny. Tato hypotéza byla potvrzena pouze u žen, nikoliv u mužů.

3. Nejméně 10% pacientů léčených pro schizofrenii trpí též komorbidní PTSD, která dosud nebyla diagnostikována a léčena. Hypotéza byla potvrzena u žen s psychotickým onemocněním.
4. Prevalence násilí v 6 měsících před hospitalizací u mužů a žen trpících schizofrenií je vyšší než u kontrolní skupiny. Tato hypotéza byla potvrzena.
5. V násilném jednání jsou zastoupeny významnou měrou incidenty související s přijetím do nemocnice nebo s dodržováním nemocničního řádu. Tato hypotéza nebyla potvrzena a je tedy zamítnuta.
6. Prevalence sexuálního zneužívání je vyšší u pacientů trpících schizofrenií než u kontrolní skupiny. Tato hypotéza nebyla potvrzena a je zamítnuta.
7. Viktimizace je prediktorem násilného chování. Hypotéza byla potvrzena zjištěním, že nedávná viktimizace souvisí s vyšším rizikem násilného chování.
8. Psychopatologie souvisí s násilným chováním. Hypotéza byla potvrzena zjištěním, že většina fyzických násilných projevů u pacientů s psychotickým onemocněním byla provedena v době, kdy prožívali pozitivní psychotické příznaky.

8 Souhrn

Zájem o výzkum násilného chování a viktimizace u pacientů trpících schizofrenním onemocněním stoupá. Většina dosavadních studií analyzovala násilné chování pacientů se schizofrenním onemocněním, o mnoho méně studií se zabývalo násilím a zneužíváním vůči těmto pacientům ze strany společnosti.

Osoby s psychotickým onemocněním projevovaly téměř čtyřikrát více násilné chování v posledních šesti měsících než osoby ze skupiny bez psychotického onemocnění. Nedávná viktimizace, anamnéza zneužívání v dětství a míra užívání alkoholu souvisely s vyšším rizikem násilného chování. Vyšší věk a zaměstnanost byly protektivními faktory před násilným chováním. Většina fyzických násilných projevů u pacientů s psychotickým onemocněním byla provedena v době, kdy prožívali pozitivní psychotické příznaky. Rizikové faktory pro násilné chování ve skupině účastníků s psychotickým onemocněním a skupině účastníků bez psychotického onemocnění byly velmi podobné.

Obecně užívané predikční nástroje mohou podhodnocovat riziko násilného chování, protože nevěnují pozornost nedávné a současné viktimizaci. Léčebné programy a úprava nácviku sociálních dovedností se zaměřením na redukci a zabránění viktimizaci a nadužívání návykových látek může přispět ke snížení násilného chování pacientů s psychotickým onemocněním.

Conclusions:

Interest in research of violence and victimization in those with psychosis is increasing. While the majority of studies analyzed violent behavior of schizophrenic patients, only few studies investigated violence and abuse that schizophrenics experience from the community.

Persons with psychosis were almost four times more likely to commit assaults than those without it. Recent physical victimization, history of childhood maltreatment, and the level of alcohol use were associated with an increased risk of assaultiveness. Higher age and being employed appeared to act as protective factors against violence. Most physical assaults by patients with psychosis were committed

when they were experiencing positive psychotic symptoms. The risk factors among participants with and without psychosis were largely similar. Commonly used risk prediction instruments may underestimate the risk of violence as they take insufficient account of current victimization. Treatment programs and living arrangements teaching social skills to avoid victimization and substance misuse could contribute to reducing assaults by patients with psychosis.

9 Použitá literatura

- Agresti, A. (2007). *An Introduction to Categorical Data Analysis*, Wiley.
- Amaral Cda, S., C. M. da Silva-Boghossian, A. T. Leao and A. P. Colombo (2011). "Evaluation of the subgingival microbiota of alcoholic and non-alcoholic individuals." *J Dent* **39**(11): 729-738.
- Arseneault, L., T. E. Moffitt, A. Caspi, P. J. Taylor and P. A. Silva (2000). "Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study." *Arch Gen Psychiatry* **57**(10): 979-986.
- Bender, R. and U. Grouven (1996). "Logistic regression models used in medical research are poorly presented." *Bmj* **313**(7057): 628.
- Berman, A. H., H. Bergman, T. Palmstierna and F. Schlyter (2005). "Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample." *Eur Addict Res* **11**(1): 22-31.
- Bifulco, A., O. Bernazzani, P. M. Moran and C. Jacobs (2005). "The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): validation in a community series." *Br J Clin Psychol* **44**(Pt 4): 563-581.
- Brekke, J. S., C. Prindle, S. W. Bae and J. D. Long (2001). "Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community." *Psychiatr Serv* **52**(10): 1358-1366.
- Brennan, P. A., S. A. Mednick and S. Hodgins (2000). "Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort." *Arch Gen Psychiatry* **57**(5): 494-500.
- Buckley, P. F., B. J. Miller, D. S. Lehrer and D. J. Castle (2009). "Psychiatric comorbidities and schizophrenia." *Schizophr Bull* **35**(2): 383-402.
- Catalano, R., L. Snowden, M. Shumway and E. Kessell (2007). "Unemployment and civil commitment: a test of the intolerance hypothesis." *Aggress Behav* **33**(3): 272-280.
- Crisp, A. H., M. G. Gelder, S. Rix, H. I. Meltzer and O. J. Rowlands (2000). "Stigmatisation of people with mental illnesses." *Br J Psychiatry* **177**: 4-7.
- Černý, M., Kališová, L., Nawka, A., Číhal, L., Raboch, J. "Viktimizace chronicky nemocných pacientů umístěných v psychiatrických zařízeních - národní výsledky projektu DEMoBinc." in *Duševní poruchy a kvalita péče*. Edited by Raboch J, Zrzavecká I, Doubek P. Špindlerův Mlýn, Tribun EU, 2010.
- Černý, M. and J. Vevera (2008). "Násilné chování a viktimizace pacientů se schizofrenií - přehled studií." *Psychiatrie* (Supplementum 1).
- D'Amore, M. M., D. M. Cheng, N. R. Kressin, J. Jones, J. H. Samet, M. Winter, T. W. Kim and R. Saitz (2011). "Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances." *J Subst Abuse Treat* **41**(2): 179-185.
- Dean, K., T. Laursen, C. Pedersen, R. T. Webb, P. Mortensen and E. Agerbo (2018). "Risk of being subjected to crime, including violent crime, after onset of mental illness: A danish national registry study using police data." *JAMA Psychiatry*.
- Douglas, K. S., S. D. Hart, C. D. Webster, H. Belfrage, L. S. Guy and C. M. Wilson (2014). "Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview." *International Journal of Forensic Mental Health* **13**(2): 93-108.
- Fazel, S., Z. Chang, T. Fanshawe, N. Langstrom, P. Lichtenstein, H. Larsson and S. Mallett (2016). "Prediction of violent reoffending on release from prison: derivation and external validation of a scalable tool." *Lancet Psychiatry* **3**(6): 535-543.
- Fazel, S., N. Langstrom, A. Hjern, M. Grann and P. Lichtenstein (2009). "Schizophrenia, substance abuse, and violent crime." *JAMA* **301**(19): 2016-2023.
- First, M., R. Spitzer, M. Gibbon and J. Williams (1996). *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Fisher, H. L., T. K. Craig, P. Fearon, K. Morgan, P. Dazzan, J. Lappin, G. Hutchinson, G. A. Doody, P. B. Jones, P. McGuffin, R. M. Murray, J. Leff and C. Morgan (2011). "Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse." *Schizophr Bull* **37**(3): 546-553.

- Fitzgerald, P. B., A. R. de Castella, K. M. Fila, S. L. Fila, J. Benitez and J. Kulkarni (2005). "Victimization of patients with schizophrenia and related disorders." Aust N Z J Psychiatry **39**(3): 169-174.
- Flannery, R. B., Jr. (2002). "Repetitively assaultive psychiatric patients: review of published findings, 1978-2001." Psychiatr Q **73**(3): 229-237.
- Fox, J. (2008). Applied Regression Analysis and Generalized Linear Models, SAGE Publications.
- Global Alcohol Report. Czech Republic. Retrieved 12.10.2014, 2014, from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/cze.pdf.
- Goodman, L. A., K. M. Thompson, K. Weinfurt, S. Corl, P. Acker, K. T. Mueser and S. D. Rosenberg (1999). "Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness." J Trauma Stress **12**(4): 587-599.
- Green, K., K. Browne and S. Chou "The Relationship Between Childhood Maltreatment and Violence to Others in Individuals With Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis." Trauma, Violence, & Abuse **0**(0): 1524838017708786.
- Harford, T. C., H. Y. Yi and B. F. Grant (2014). "Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study." Child Abuse Negl **38**(8): 1389-1398.
- Heins, M., C. Simons, T. Lataster, S. Pfeifer, D. Versmissen, M. Lardinois, M. Marcelis, P. Delespaul, L. Krabbendam, J. van Os and I. Myin-Germeys (2011). "Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma." Am J Psychiatry **168**(12): 1286-1294.
- Heller, S. B. (2014). "Summer jobs reduce violence among disadvantaged youth." Science **346**(6214): 1219-1223.
- Herr, N. R., A. C. Jones, D. M. Cohn and D. M. Weber (2015). "The impact of validation and invalidation on aggression in individuals with emotion regulation difficulties." Personal Disord **6**(4): 310-314.
- Hodgins, S. (2008). "Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention." Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci **363**(1503): 2505-2518.
- Hodgins, S. (2017). "Aggressive Behavior Among Persons With Schizophrenia and Those Who Are Developing Schizophrenia: Attempting to Understand the Limited Evidence on Causality." Schizophr Bull **43**(5): 1021-1026.
- Hodgins, S., J. Alderton, A. Cree, A. Aboud and T. Mak (2007). "Aggressive behaviour, victimization and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation." Br J Psychiatry **191**: 343-350.
- Hodgins, S., A. Cree, J. Alderton and T. Mak (2007). "From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization." Psychol Med: 1-13.
- Hodgins, S., U. L. Hiscoke and R. Freese (2003). "The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment." Behav Sci Law **21**(4): 523-546.
- Hodgins, S. and M. Riaz (2011). "Violence and phases of illness: differential risk and predictors." Eur Psychiatry **26**(8): 518-524.
- Honkonen, T., M. Henriksson, A. M. Koivisto, E. Stengard and R. K. Salokangas (2004). "Violent victimization in schizophrenia." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **39**(8): 606-612.
- Hosmer, D. W. and S. Lemeshow (2004). Applied Logistic Regression, Wiley.
- James, A. (1998). "Stigma of mental illness. Foreword." Lancet **352**(9133): 1048.
- Johnson, K. L., S. L. Desmarais, K. J. Grimm, S. J. Tueller, M. S. Swartz and R. A. Van Dorn (2016). "Proximal Risk Factors for Short-Term Community Violence Among Adults With Mental Illnesses." Psychiatr Serv **67**(7): 771-778.
- Killaspy, H., M. King, C. Wright, S. White, P. McCrone, T. Kallert, J. Cervilla, J. Raboch, G. Onchev, R. Mezzina, D. Wiersma, A. Kiejna, D. Ploumpidis and J. M. Caldas de Almeida (2009). "Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental health problems in institutional care (DEMoBinc)." BMC Psychiatry **9**(1): 36.

- Latalova, K., D. Kamaradova and J. Prasko (2014). "Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review." Neuropsychiatr Dis Treat **10**: 1925-1939.
- Masson, J. (2007). Útok na pravdu, Mladá Fronta.
- Mladovsky, P., S. Allin, C. Masseria, C. Hernández-Quevedo, D. McDaid and E. Mossialos (2009). Health in the European Union. Trends and analysis. Observatory Studies, World Health Organization: 81-84.
- Mueser, K. T., E. Bolton, P. C. Carty, M. J. Bradley, K. F. Ahlgren, D. R. Distaso, A. Gilbride and C. Liddell (2007). "The Trauma Recovery Group: a cognitive-behavioral program for post-traumatic stress disorder in persons with severe mental illness." Community Ment Health J **43**(3): 281-304.
- Mueser, K. T., L. B. Goodman, S. L. Trumbetta, S. D. Rosenberg, C. Osher, R. Vidaver, P. Auciello and D. W. Foy (1998). "Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness." J Consult Clin Psychol **66**(3): 493-499.
- Newman, J. M., A. Turnbull, B. A. Berman, S. Rodrigues and M. R. Serper (2010). "Impact of traumatic and violent victimization experiences in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder." J Nerv Ment Dis **198**(10): 708-714.
- Nolan, K. A., P. Czobor, B. B. Roy, M. M. Platt, C. B. Shope, L. L. Citrome and J. Volavka (2003). "Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients." Psychiatr Serv **54**(7): 1012-1016.
- O'Shea, L. E., M. M. Picchioni, F. L. Mason, P. A. Sugarman and G. L. Dickens (2014). "Differential predictive validity of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) for inpatient aggression." Psychiatry Res **220**(1-2): 669-678.
- Pescosolido, B. A., J. Monahan, B. G. Link, A. Stueve and S. Kikuzawa (1999). "The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems." Am J Public Health **89**(9): 1339-1345.
- Petti, S. and C. Scully (2005). "Oral cancer: the association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality." Oral Oncol **41**(8): 828-834.
- Pettit, B., S. Greenhead, H. Khalifeh, V. Drennan, T. Hart and J. Hogg (2013). "At Risk yet Dismissed: The Criminal Victimization of People with Mental Health Problems." Victim Support.
- Preiss, M., P. Mohr, M. Kopeček, V. Melanová, V. Janečka, M. Rodriguez and T. Hájek (2004). "Trauma a stres osm měsíců po povodních v roce 2002. Trauma and stress eight months after floods in 2002." Psychiatrie(3).
- Pulay, A. J., D. A. Dawson, D. S. Hasin, R. B. Goldstein, W. J. Ruan, R. P. Pickering, B. Huang, S. P. Chou and B. F. Grant (2008). "Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions." J Clin Psychiatry **69**(1): 12-22.
- Read, J. and P. Hammersley (2005). "Child sexual abuse and schizophrenia." Br J Psychiatry **186**: 76; author reply 76.
- Read, J., J. van Os, A. P. Morrison and C. A. Ross (2005). "Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications." Acta Psychiatr Scand **112**(5): 330-350.
- Resnick, S. G., G. R. Bond and K. T. Mueser (2003). "Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia." J Abnorm Psychol **112**(3): 415-423.
- Sadeh, N., R. L. Binder and D. E. McNiel (2014). "Recent victimization increases risk for violence in justice-involved persons with mental illness." Law Hum Behav **38**(2): 119-125.
- Sariaslan, A., P. Lichtenstein, H. Larsson and S. Fazel (2016). "Triggers for Violent Criminality in Patients With Psychotic Disorders." JAMA Psychiatry **73**(8): 796-803.
- Saunders, J. B., O. G. Aasland, T. F. Babor, J. R. de la Fuente and M. Grant (1993). "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II." Addiction **88**(6): 791-804.
- Sheehan, D. V., Y. Lecrubier, K. H. Sheehan, P. Amorim, J. Janavs, E. Weiller, T. Hergueta, R. Baker and G. C. Dunbar (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10." J Clin Psychiatry **59 Suppl 20**: 22-33;quiz 34-57.

- Short, T. B., S. Thomas, S. Luebbers, P. Mullen and J. R. Ogloff (2013). "A case-linkage study of crime victimisation in schizophrenia-spectrum disorders over a period of deinstitutionalisation." BMC Psychiatry **13**: 66.
- Skripkauskaitė, S., S. T. Hawk, S. J. Branje, H. M. Koot, P. A. van Lier and W. Meeus (2015). "Reactive and proactive aggression: Differential links with emotion regulation difficulties, maternal criticism in adolescence." Aggress Behav **41**(3): 214-226.
- Sovinova, H. and L. Csemy (2010). "The Czech audit: internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption." Cent Eur J Public Health **18**(3): 127-131.
- StataCorp (2017). StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC
- Steadman, H. J., E. P. Mulvey, J. Monahan, P. C. Robbins, P. S. Appelbaum, T. Grisso, L. H. Roth and E. Silver (1998). "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods." Arch Gen Psychiatry **55**(5): 393-401.
- Swanson, J. W. and C. M. Belden (2018). "The link between mental illness and being subjected to crime in denmark vs the united states: How much does poverty and the safety net matter?" JAMA Psychiatry.
- Swanson, J. W., R. Borum, M. S. Swartz and J. Monahan (1996). "Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community." Criminal Behaviour and Mental Health **6**(4): 309-329.
- Swanson, J. W., M. S. Swartz, R. A. Van Dorn, E. B. Elbogen, H. R. Wagner, R. A. Rosenheck, T. S. Stroup, J. P. McEvoy and J. A. Lieberman (2006). "A national study of violent behavior in persons with schizophrenia." Arch Gen Psychiatry **63**(5): 490-499.
- Swartz, M. S., J. W. Swanson, V. A. Hiday, R. Borum, H. R. Wagner and B. J. Burns (1998). "Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication." Am J Psychiatry **155**(2): 226-231.
- Taylor, P. J. (1985). "Motives for offending among violent and psychotic men." Br J Psychiatry **147**: 491-498.
- Taylor, P. J. and J. Gunn (1999). "Homicides by people with mental illness: myth and reality." Br J Psychiatry **174**: 9-14.
- Teplin, L. A., G. M. McClelland, K. M. Abram and D. A. Weiner (2005). "Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey." Arch Gen Psychiatry **62**(8): 911-921.
- Trotta, A., C. Iyegbe, M. Di Forti, P. C. Sham, D. D. Campbell, S. S. Cherny, V. Mondelli, K. J. Aitchison, R. M. Murray, E. Vassos and H. L. Fisher (2016). "Interplay between Schizophrenia Polygenic Risk Score and Childhood Adversity in First-Presentation Psychotic Disorder: A Pilot Study." PLoS One **11**(9): e0163319.
- Van Dorn, R., J. Volavka and N. Johnson (2012). "Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?" Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **47**(3): 487-503.
- Vevera, J. (2006). "[Cholesterol, violence and suicide--history of errors]." Cas Lek Cesk **145**(2): 118-122; discussion 123-115.
- Vevera, J., A. Brazinova, J. Nemec, E. Palova and J. Raboch (2008). Human Resources and Training. Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present. R. Scheffler and M. Potucek. Prague, Karolinum Press: 197-223.
- Vevera, J., Z. Fisar, T. Kvasnicka, H. Zdenek, L. Starkova, R. Ceska and H. Papezova (2005). "Cholesterol-lowering therapy evokes time-limited changes in serotonergic transmission." Psychiatry Res **133**(2-3): 197-203.
- Vevera, J., A. Hubbard, A. Vesely and H. Papezova (2005). "Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000." Br J Psychiatry **187**: 426-430.
- Vevera, J., J. Svarc, K. Grohmannova, J. Spilkova, J. Raboch, M. Cerny, L. Kalisova, M. Bartonkova, P. Bob and M. Susta (2009). "An increase in substance misuse rather than other mental disorders has led to increased forensic treatment rates in the Czech Republic." Eur Psychiatry **24**(6): 380-387.
- Volavka, J. (2002). Neurobiology of violence. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.

- Volavka, J., E. Laska, S. Baker, M. Meisner, P. Czobor and I. Krivelevich (1997). "History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders." Br J Psychiatry **171**: 9-14.
- Volavka, J. and J. Swanson "Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse." JAMA **304**(5): 563-564.
- Walsh, E., A. Buchanan and T. Fahy (2002). "Violence and schizophrenia: examining the evidence." Br J Psychiatry **180**: 490-495.
- Walsh, E., C. Gilvarry, C. Samele, K. Harvey, C. Manley, T. Tattan, P. Tyrer, F. Creed, R. Murray and T. Fahy (2004). "Predicting violence in schizophrenia: a prospective study." Schizophr Res **67**(2-3): 247-252.
- Walsh, E., P. Moran, C. Scott, K. McKenzie, T. Burns, F. Creed, P. Tyrer, R. M. Murray and T. Fahy (2003). "Prevalence of violent victimisation in severe mental illness." Br J Psychiatry **183**: 233-238.
- Witt, K., R. van Dorn and S. Fazel (2013). "Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies." PLoS One **8**(2): e55942.
- Zikmunda, T. (2007). Socioekonomický status a jeho vliv na průběh těhotenství. Socioeconomic Status and it's Influence on the Course of Gravidity. České Budějovice, JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

10 Přílohy:

10.1 Použité škály (baterie) projektu

1. Agresivní chování - anamnestická data - informace od pacienta
2. Agresivní chování - anamnestická data - informace od příbuzných nebo známých
3. Posttraumatická stressová porucha (PTSD)
4. CECA-Q, část 5-6
5. Socioekonomické charakteristiky
6. Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT)
7. Test pro identifikaci poruch působených užíváním drog (DUDIT)

Agresivní chování - anamnestická data - informace od pacienta

Oddělení: Tazatel: Datum vyšetření:(d/m/r): Číslo zkoumané osoby: Datum narození:

	<u>1 = ano 2 = ne</u>	<u>Počet případů</u>
1. a) Zranil jste někoho tak těžce, že následkem toho zemřel?	<input type="checkbox"/>	
b) Pokud ano, kolikrát?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Pokud ano, popište dole každou vraždu, zabití (kdy, kde, kdo, jak, kdo byl cílem?)		
2. a) Zranil jste někoho tak, že musel být následně lékařsky ošetřen?	<input type="checkbox"/>	
b) Pokud ano, kolikrát?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Zranil jste někoho tak těžce, že v důsledku toho musel být léčen v nemocnici?	<input type="checkbox"/>	
d) Pokud ano, kolikrát?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Pokud ano, popište dole každý útok (kdy, kde, kdo, jak, kdo byl cílem?)		
3. a) Zranil jste někoho střelnou zbraní?	<input type="checkbox"/>	
b) Pokud ano, kolikrát?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Pokud ano, kdo byl cílem? _____		
4. a) Zranil jste někoho nožem?	<input type="checkbox"/>	
b) Pokud ano, kolikrát?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Pokud ano, kdo byl cílem? _____		
5. a) Zranil jste někoho jiným předmětem?	<input type="checkbox"/>	
b) Pokud ano, kolikrát?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Pokud ano, jakým předmětem? _____		
d) Pokud ano, kdo byl cílem? _____		

Místo pro popis událostí

Důležitou součástí našeho zkoumání je zjištění, jak často se vyskytují nejrůznější mezilidské problémy. Mnoho z uváděných příkladů je pro mnoho lidí běžnou součástí života. Přečtu Vám příklady problematických situací, do kterých se někteří lidé dostávají. Chtěl bych Vás poprosit, abyste mi řekl(a), jak často se tyto situace vyskytovaly ve vašem životě **v období posledních šesti měsíců**. Pokud budete potřebovat čas na rozmyšlení, můžete přemýšlet, jak dlouho uznáte za vhodné.

V období posledních šesti měsíců (tazatelé takto časově uvedou)

	<u>1 = ano</u> <u>2 = ne</u>	<u>Počet případů</u>
6. házel po Vás někdo něco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. hodil(a) jste něčím po někom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. pošťuchoval, strkal nebo vrážel do Vás někdo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. pošťuchoval(a), strkal(a) nebo vrážel(a) jste do někoho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. plácnul/plesknul Vás někdo (dlaní)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. plácnul(a)/plesknul(a) jste někoho dlaní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. kopl, kousl nebo dusil Vás někdo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. kopal(a), kousal(a) nebo dusil(a) jste někoho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. udeřil Vás někdo pěstí nebo nějakým předmětem nebo Vás zbil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. udeřil(a) jste někoho pěstí nebo nějakým předmětem nebo jste někoho zbil(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. snažil se Vás někdo donutit fyzickým násilím k sexuálnímu kontaktu proti Vaší vůli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. snažil(a) jste se někoho donutit fyzickým násilím k sexuálnímu kontaktu proti vůli této osoby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ohrožoval Vás někdo nožem, pistolí nebo jinou smrtící zbraní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ohrožoval(a) jste někoho nožem, pistolí nebo jinou smrtící zbraní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. použil proti Vám někdo nůž nebo na Vás vystřelil ze střelné zbraně?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = ano 2 = ne **Počet případů**

21. použil(a) jste proti někomu nůž nebo jste na někoho vystřelil(a) ze střelné zbraně?

☐
☐

22. dopustil(a) jste se něčeho jiného, co by mohlo být považováno za násilné jednání?

☐
☐

Čeho? _____

23. a) Došlo k některé z uvedených agresivních událostí v **souvislosti s přijetím** do nemocnice?

☐
☐

b) Došlo k některé z uvedených agresivních událostí v **souvislosti s dodržováním nemocničního řádu** v průběhu pobytu na oddělení?

☐
☐

Pokud se u zkoumané osoby vyskytlo v posledních 6 měsících násilné chování, tak v následujícím kroku přesně definujte každý násilný incident. Je důležité zjistit, jaké agresivní chování se u každého jednotlivého agresivního incidentu vyskytlo. Každý incident může zahrnovat několik typů agresivního jednání, jak je popsáno na str. 2-3.

I N C I D E N T	Nejzávažnější agresivní chování během incidentu	Kolikrát 99 = neznámo	Datum			Místo	Oběť (i) (uved'te nejvíce 3)	Zranění oběti #1 (nejzávažnější)	Psychóza v době činu	Typ zbraně	Při vyhrožování byla zbraň
			rok	měsíc	den						
						01=domov 02=jiné bydliště 03=obchod/banka ap. 04=rychlé občerstvení (fast food), restaurace 05=bar/hospoda 06=jiné obchodní 07=zaměstnání 08=škola 09=venkovní prostranství 10=ambulance 95=instituce 97=jiné 99=nevím	1=choť, manžel/spolu žijící 2=partner(ka) 3=dítě (ne naplácání) 4=dítě (naplácání) 5=rodič 6=jiný příbuzný 7=jiná(ý) známá(ý) 8=cizí, neznámá 9=nevím	0=bez zranění 1=pohmoždění, škrábnutí 2=nevědomé vnitřní poranění, zlomenina/zuby 3=pobodání/výstřel 4=smrt 5=jiné - upřesněné 6=nevím	0=ne 1=možná 2=ano	1=střelná 2=nůž 3=jiná 4=nepoužitelné 5=nevím	1=v ruce 2=v místnosti 3=v budově 4=někde jinde 5=bude získána 8=nepoužitelné 9=nevím
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

Agresivní chování - anamnestická data - informace od příbuzných nebo známých

Oddělení: Tazatel: Datum vyšetření: Číslo zkoumané osoby: Datum narození:

Byl pohovor prováděn osobně ☐ nebo telefonicky? ☐

Pohlaví dotazovaného: (1= muž, 2= žena)

☐

Vztah k posuzovanému: 1.manžel, manželka 2. známý(á) 3. matka 4.otec 5.bratr 6. sestra

7. jiná osoba. Upřesněte: _____ Povolání _____

☐

1=ano, 2=ne Počet případů

6. a) Zranila posuzovaná osoba někoho tak těžce, že následkem toho **zemřel**? ☐

b) Pokud ano, kolikrát?

☐☐

c) Pokud ano, popište dole každou vraždu, zabití (kdy, kde, kdo, jak, kdo byl cílem?)

7. a) Zranila posuzovaná osoba někoho tak, že musel být následně **lékařsky ošetřen**? ☐

b) Pokud ano, kolikrát?

☐☐

c) Zranila posuzovaná osoba někoho tak, že v důsledku toho musel být

léčen v nemocnici?

☐

d) Pokud ano, kolikrát?

☐☐

e) Pokud ano, popište dole každý útok (kdy, kde, kdo, jak, kdo byl cílem?)

8. a) Zranila posuzovaná osoba někoho **střelnou zbraní**? ☐

b) Pokud ano, kolikrát?

☐☐

c) Pokud ano, kdo byl cílem? _____

9. a) Zranila posuzovaná osoba někoho **nožem**? ☐

b) Pokud ano, kolikrát?

☐☐☐

c) Pokud ano, kdo byl cílem? _____

5. a) Zranila posuzovaná osoba někoho **jiným předmětem**? ☐

b) Pokud ano, kolikrát?

☐☐

c) Pokud ano, jakým předmětem? _____

d) Pokud ano, kdo byl cílem? _____

Místo pro popis událostí:

Důležitou součástí našeho zkoumání je zjištění, jak často se vyskytují nejružnější mezilidské problémy. Mnoho z uváděných příkladů je pro mnoho lidí běžnou součástí života. Přečtu Vám příklady problematických situací, do kterých se někteří lidé dostávají. Chtěl bych Vás poprosit, abyste mi řekl(a), jak často se tyto situace vyskytovaly ve vašem životě **v období posledních šesti měsíců**. Pokud budete potřebovat čas na rozmyšlení, můžete přemýšlet, jak dlouho uznáte za vhodné.

V období posledních šesti měsíců (tazatelé takto časově uvedou)

	<u>1 = ano</u>	<u>2 = ne</u>	<u>Počet případů</u>
6. házel po posuzované osobě někdo něco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. hodil(a) posuzovaná osoba něčím po někom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. pošťuchoval, strkal nebo vrážel někdo do posuzované osoby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. pošťuchovala, strkala nebo vrážela posuzovaná osoba do někoho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. plácnul/plesknul někdo (dlaní) posuzovanou osobu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. plácnula/plesknula posuzovaná osoba někoho dlaní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. kopl, kousl nebo dusil někdo posuzovanou osobu??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. kopala, kousala nebo dusila posuzovaná osoba někoho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. udeřil někdo pos. osobu pěstí nebo nějakým předmětem nebo ji zbil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. udeřila pos.osoba někoho pěstí nebo nějakým předmětem nebo někoho zbila?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. snažil se posuzovanou osobu někdo donutit fyzickým násilím k sexuálnímu kontaktu proti její vůli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. snažila se posuzovaná osoba někoho donutit fyzickým násilím k sexuálnímu kontaktu proti vůli této osoby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ohrožoval někdo pos. osobu nožem, pistolí nebo jinou smrtící zbraní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ohrožovala pos. osoba někoho nožem, pistolí nebo jinou smrtící zbraní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. použil někdo proti pos. osobě nůž nebo na ni vystřelil ze střelné zbraně?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = ano 2 = ne **Počet případů**

21. použila posuzovaná osoba proti někomu nůž nebo na někoho vystřelila ze střelné zbraně?

☐☐

22. dopustila se posuzovaná osoba něčeho jiného, co by mohlo být považováno za násilné jednání?

☐☐

Čeho? _____

24. a) Došlo k některé z uvedených agresivních událostí v **souvislosti s přijetím** do nemocnice?

☐☐

b) Došlo k některé z uvedených agresivních událostí v **souvislosti s dodržováním nemocničního řádu** v průběhu pobytu na oddělení?

☐☐

Pokud se u zkoumané osoby vyskytlo v posledních 6 měsících násilné chování, tak v následujícím kroku přesně definujte každý násilný incident. Je důležité zjistit, jaké agresivní chování se u každého jednotlivého agresivního incidentu vyskytlo. Každý incident může zahrnovat několik typů agresivního jednání, jak je popsáno na str. 2-3.

I N C I D E N T	Nejzávažnější agresivní chování během incidentu	Kolikrát 99 = neznámo	Datum			Místo 01=domov 02=jiné bydliště 03=obchod/banka ap. 04=rychlé občerstvení (fast food), restaurace 05=bar/hospoda 06=jiné obchodní 07=zaměstnání 08=škola 09=venkovní prostranství 10=ambulance 95=instituce 97=jiné 99=nevím	Oběť (i) (uved'te nejvíce 3) 1=choť, manžel/spolu žijící 2=partner(ka) 3=dítě (ne naplácání) 4=dítě (naplácání) 5=rodič 6=jiný příbuzný 7=jiná(ý) známá(ý) 8=cizí, neznámá 9=nevím	Zranění oběti #1 (nejzávažnější) 0=bez zranění 1=pohmoždění, škrábnutí 2=nevědomé vnitřní poranění, zlomenina/zuby 3=pobodání/výstřel 4=smrt 5=jiné - upřesněné 6=nevím	Psychóza v době činu 0=ne 1=možná 2=ano	Typ zbraně 1=střelná 2=nůž 3=jiná 4=nepoužitelné 5=nevím	Při vyhrožování byla zbraň 1=v ruce 2=v místnosti 3=v budově 4=někde jinde 5=bude získána 8=nepoužitelné 9=nevím
			rok	měsíc	den						
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

Posttraumatická stressová porucha (PTSD)

	Zapište traumatickou událost:	událost se vyskytla (označte křížkem)	
		kdykoliv (celoživotně)	v posledních 6 měsících
Někdy se člověku stanou věci, které jsou mimořádně těžké – např. ohrožení života při katastrofách, velmi vážných nehodách nebo požárech, při fyzickém napadení nebo znásilnění, při pozorování zabití nebo smrti, zranění nebo když jsme slyšeli o něčem hrozném, co se stalo někomu blízkému. Staly se Vám nějaké podobné věci?	ANO NE	ANO NE
POKUD JE JAKÁKOLIV UDÁLOST ZMÍNĚNA, POKRAČUJEME: Někdy se podobné události vrací ve spánku, v nočních můrách, záblescích paměti, nebo myšlenkách, kterých se nemůžete zbavit. Stalo se Vám to?	ANO NE		
<i>pokračujte i pokud NE:</i> A stalo se Vám, že byste byl silně rozrušen v situaci, která Vám připomínala některou z těchto hrozných událostí?	ANO NE		
V NÁSLEDUJÍCÍCH OTÁZKÁCH SE SOUSTŘEĎTE NA ZMÍNĚNOU TRAUMATICKOU UDÁLOST			
Kritéria PTSD	odpovídající/doplňující otázka		
A. Osoba byla vystavena traumatické události během které člověk:			
1. Prožil, byl svědkem nebo musel čelit traumatické události nebo událostem, při nichž došlo aktuálně k usmrcení někoho jiného, kdy hrozila smrt nebo při nich došlo k těžkému úrazu nebo k ohrožení fyzické integrity vlastní nebo druhých	POKUD SE VYSKYTLA VÍCE NEŽ JEDNO TRAUMA: „která z těchto věcí Vás zasáhla nejvíce?“	
2. reakcí jedince byl intenzivní strach, bezraděj nebo hrůza	Pokud je to nejasné: “jak jste reagoval na (událost), když se to stalo? Měl jste strach, byl jste zděšený nebo jako bezbranný?”	
B. Traumatická událost je neodbytně znovuprožívána jedním nebo několika z následujících způsobů:	Nyní bych se Vás chtěl zeptat několik otázek na způsob, jakým Vás to ovlivnilo. Například...		
1. Opakované a neodbytně obtěžující vybavování události ve formě představ, myšlenek nebo vjemů.	... myslel jste na (trauma), když jste nechtěl, nebo přicházely myšlenky na (trauma), když jste si to nepřál?	ANO NE	
2. opakované nepříjemné sny týkající se události	... měl jste sny o (trauma)?	ANO NE	

3. konání nebo pocity, jako by se traumatická událost vracela ve formě pocitu znovuprožívání, iluzí, halucinací a epizod disociačního flashbacku, včetně takových, které se mohou vyskytnout při probuzení nebo při intoxikaci.	... zjistil jste, že se chováte nebo cítíte, jako když se to stalo?	ANO NE
4. závažné psychické obtíže po vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které symbolizují nebo něčím připomínají traumatickou událost.	...byl jste silně rozrušený, když Vám něco připomnělo (<i>trauma</i>)?	ANO NE
5. somatické reakce vystavení vnitřním nebo zevním podnětům, které symbolizují nebo něčím připomínají traumatickou událost.	...měl jste nějaké fyzické potíže – jako např. namáhavé dýchání, bušení srdce nebo rychlý tep?	ANO NE
C. Trvalé vyhýbání se podnětům spojených s traumatem a ochromení všeobecné vnímavosti, které nebylo přítomno před traumatem, projevující se třemi nebo více z následujících kritérií		
1. snaha vyhnout se myšlenkám, pocitům nebo rozhovorům spojených s traumatem.	Od této události ... snažil jste se vyhnout se myšlenkám nebo povídání o tom, co se stalo?	ANO NE
2. snaha vyhnout se činností, místům nebo lidem, vyvolávajícím vzpomínku na trauma.	...snažil jste se nebýt v kontaktu s věcmi nebo lidmi, které by Vám připomínali, co se stalo?	ANO NE
3. neschopnost vybavit si nějaký důležitý moment traumatu	... byl jste neschopný vzpomenout si na důležitou část toho, co se stalo?	ANO NE
4. zřetelně snížený zájem nebo účast na důležitých činnostech	... měl jste mnohem menší zájem dělat věci, které jsou pro Vás důležité, jako např.setkání s přáteli, čtení knih nebo sledování televize?	ANO NE
5. pocit lhostejnosti nebo odcizenosti ve vztahu k druhým	... cítil jste se lhostejný nebo odcizený od druhých lidí?	ANO NE
6. zúžený rozsah emotivity, např. neschopnost pociťovat lásku	... cítil jste se „z necitlivěný“ nebo jako kdybyste nemohl prožívat k nikomu lásku?	ANO NE
7. pocit omezených možností do budoucna, např. přestávat mít zájem o kariéru, manželství, děti, běžný život.	... cítil jste změnu v tom, jak přemýšlíte nebo plánujete budoucnost?	ANO NE
D. Trvalé příznaky zvýšené dráždivosti, které nebyly přítomny před traumatem, projevující se dvěma nebo více z následujících kritérií:		
1. obtíže s usínáním nebo udržením spánku	Od této události... .. máte potíže se spánkem? (Jaké problémy?)	ANO NE
2. podrážděnost nebo návaly hněvu	... jste neobvykle podrážděný? a co návaly vzteku?	ANO NE
3. obtíže s koncentrací máte potíže se soustředit?	ANO NE
4. hypervigilita	... jste jakoby nastražený a napnutý, i když k tomu není žádný důvod?	ANO NE
5. nadměrná úleková reakce	... snadno se vylekáte nebo vyplašíte, např. nějakým zvukem?	ANO NE
E. Porucha trvá déle než 1 měsíc (kritéria B, C a D).	Jak dlouho tyto problémy trvaly?

F. Porucha způsobuje klinicky významné potíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých aktivit.	<i>Způsobuje porucha klinicky významné potíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých aktivit?</i>	ANO NE
	<u>Závěr klinika: PTSD</u>	ANO NE

CECA-Q část 5-6

5. FYZICKÉ TRESTY PŘED DOVRŠENÍM 17-ti LET, VYKONÁVANÉ JEDNÍM Z RODIČŮ NEBO JINÝM ČLENEM DOMÁCNOSTI

5a Když jste byl dítětem nebo dospívajícím, byl jste některým členem domácnosti opakovaně bit s užitím nějakého nástroje (jako je opasek nebo vařečka) nebo bit pěstí, kopán nebo popálen?

<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">1</div> <div>ANO</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">0</div> <div>NE</div> </div>
vyplňte, prosím, následující tabulku	přeskočte na část 6 na další straně

Rodičovské postavy (Mateřská postava, Otcovská postava) představují osoby, které Vás vychovávaly v dětství a hrály hlavní roli ve Vaší výchově během dětství v rodině, ve které jste strávil 1 rok nebo více. Za rodičovskou postavu zde mohou být považováni Vaši biologičtí rodiče, adoptivní rodiče, partner či partnerka jednoho z vašich rodičů, rodinný přítel, příbuzní, pěstoun atd.

	Mateřská postava	Otcovská postava	10.1.1 Někdo jiný
Kolik let Vám bylo, když to začalo? (doplňte vpravo)	5b	5c	5.I
Stalo se to více než jedenkrát?	5d 1 0 ANO NE	5.II ANO NE	5.III ANO NE
Byl jste podle Vašeho názoru fyzicky trestán častěji než Vaši vrstevníci?	5.IV ANO NE	5.V ANO NE	5.VI ANO NE
Jak často jste byl fyzicky trestán? (zatrhněte z možností)	1) 1x měsíčně 5.VII 2) 1x za 3 měsíce 3) 1x za 5 měsíců 4) 1x za 12 měsíců	1) 1x měsíčně 5.VIII 2) 1x za 3 měsíce 3) 1x za 5 měsíců 4) 1x za 12 měsíců	1) 1x měsíčně 5.IX 2) za 3 měsíce 3) 1x za 5 měsíců 4) 1x za 12 měsíců
Do kolika let Vás rodiče fyzicky trestali?	5.X	5.XI	5.XII
Jakým způsobem jste byl bit?	5e 1. opasek, klacek, vařečka 2. udeřen pěstí nebo kopnut 3. úder rukou 4. jiný	5f 1. opasek, klacek, vařečka 2. udeřen pěstí nebo kopnut 3. úder rukou 4. jiný	5.XIII 1. opasek, klacek, vařečka 2. udeřen pěstí nebo kopnut 3. úder rukou 4. jiný
Byl jste někdy zraněn, např. tak, že byste měl odřeniny, podlitiny pod okem, zlomené končetiny?	5g ANO NE	5.XIV ANO NE	5.XV ANO NE
Byla osoba, která vás bila, tak rozčilená, že se nedokázala ovládat?	5h ANO NE	5.XVI ANO NE	5.XVII ANO NE

5i. Můžete zde popsat tyto zkušenosti?.....

1 0

5j. Zažíval jste podobné zacházení ze strany někoho jiného v domácnosti? ANO NE

5k. Pokud ANO, popište zde, prosím, tyto zkušenosti:

6. NECHTĚNÉ SEXUÁLNÍ ZKUŠENOSTI PŘED DOVRŠENÍM 17-ti LET

(zakroužkujte, prosím, správnou odpověď)

6a. Zažil jste jako dítě nebo dospívající nějakou nechtěnou sexuální zkušenost?

1 0 2
ANO **NE** **NEVÍM**

6b. Nutil nebo přesvědčoval Vás někdo k tomu, abyste s ním měl sexuální poměr před tím, než Vám bylo 17 let?

1 0 2
ANO **NE** **NEVÍM**

6c. Vybavujete si nějaké nepříjemné sexuální zkušenosti s nějakým příbuzným dospělým nebo s někým, vůči komu jste byl v podřízené nebo závislé roli, např. s učitelem?

ANO **NE** **NEVÍM**

Pokud jste kdekoli v zaškrtnuli ANO nebo NEVÍM odpovězte prosím na následující otázky:

	PRVNÍ ZKUŠENOST	DRUHÁ ZKUŠENOST
Kolik let vám bylo, když to začalo?	6d	6e
Byl tou osobou někdo, koho jste znal?	6f ANO NE	6.I ANO NE
Byl tou osobou Váš příbuzný?	6g ANO NE	6.II ANO NE
Žila ta osoba ve Vaší domácnosti?	6h ANO NE	6.III ANO NE
Zacházela s Vámi uvedená osoba tímto způsobem opakovaně?	6i ANO NE	6.IV ANO NE
Zahrnovalo takovéto jednání doteky na intimních částech Vašeho těla?	6j ANO NE	6.V ANO NE
Zahrnovalo takovéto jednání doteky na intimních částech těla zmíněné osoby?	6k ANO NE	6.VI ANO NE
Zahrnovalo takovéto jednání pohlavní styk?	6l ANO NE	6.VII ANO NE

6m. Můžete zde popsat tyto zkušenosti?.....

.....

.....

.....

.....

Socioekonomické charakteristiky

Vzdělání (dosažené)

Rodinný stav:

Zaměstnání - ANO

NE

PID

Jak dlouho pracovali (zaměstnání + doba studia):

Věk:

Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Instrukce:

Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti, pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi.

U každé otázky označte křížkem možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

V testu se používá pojem „standardní sklenice“. Tou se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo 0,05 l destilátu (velký panák).

Dotazník:

1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje včetně piva?
0: Nikdy
1: Jednou měsíčně nebo méně často
2: Dva až čtyřikrát měsíčně
3: Dva až třikrát týdně
4: Čtyřikrát nebo vícekrát týdně
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet standardních sklenic alkoholického nápoje)
0: Nejvýše 1
1: 1,5-2
2: 2,5-3
3: 3,5-4
4: 5 a více
3. Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně
4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?
0: Nikdy
1: Méně než jednou za měsíc
2: Každý měsíc
3: Každý týden
4: Denně nebo téměř denně

Obraťte list, prosím

5. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

6. Jak často jste se během posledních 12 měsíců potřeboval/a hned ráno napít, abyste se dostal/a do formy po nadměrném pití předešlý den?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

7. Jak často jste během posledních 12 měsíců měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

8. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a schopen/schopna si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil/a?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?

- 0: Ne
- 2: Ano, ale ne v posledním roce
- 4: Ano, během posledního roku

10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník výhrady kvůli vašemu pití nebo vám doporučoval pití omezit nebo s pitím přestat?

- 0: Ne
- 2: Ano, ale ne v posledním roce
- 4: Ano, během posledního roku

Literatura:

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G.: 2001. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.*

Barbor, T.F., Higgins-Biddle, J.C.: 2003. *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Postupy při použití v primární péči. České vydání připravili Sovinová, H. a Csémy, L. První vydání. Praha: Státní zdravotní ústav.*

Test pro identifikaci poruch působených užíváním drog

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

Následuje několik otázek týkajících se drog. Prosím zatrhněte tu odpověď, která co nejpřesněji a nejupřímněji odpovídá Vaší situaci.

<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena		Věk <input type="text"/> <input type="text"/> let				
1.	Jak často užíváte drogy (jiné než alkohol)? (viz seznam drog na další straně)	nikdy <input type="checkbox"/>	1x měsíčně nebo méně <input type="checkbox"/>	2-4x měsíčně <input type="checkbox"/>	2-3x týdně <input type="checkbox"/>	4x nebo vícekrát <input type="checkbox"/>
2.	Užíváte najednou více než jeden typ drogy?	nikdy <input type="checkbox"/>	1x měsíčně nebo méně <input type="checkbox"/>	2-4x měsíčně <input type="checkbox"/>	2-3x týdně <input type="checkbox"/>	4x nebo vícekrát <input type="checkbox"/>
3.	Kolikrát užijete drogu během typického dne, kdy užíváte drogy?	0 <input type="checkbox"/>	1-2x <input type="checkbox"/>	3-4x <input type="checkbox"/>	5-6x <input type="checkbox"/>	7 a vícekrát <input type="checkbox"/>
4.	Jak často jste silně ovlivněni drogou?	nikdy <input type="checkbox"/>	méně než 1x měsíčně <input type="checkbox"/>	každý měsíc <input type="checkbox"/>	každý týden <input type="checkbox"/>	denně nebo téměř denně <input type="checkbox"/>
5.	Cítil jste během posledního roku tak silnou touhu po droze, že jí nešlo odolat?	nikdy <input type="checkbox"/>	méně než 1x měsíčně <input type="checkbox"/>	každý měsíc <input type="checkbox"/>	každý týden <input type="checkbox"/>	denně nebo téměř denně <input type="checkbox"/>
6.	Stalo se Vám v posledním roce, že jste nemohl přestat brát drogy poté, co jste začal?	nikdy <input type="checkbox"/>	méně než 1x měsíčně <input type="checkbox"/>	každý měsíc <input type="checkbox"/>	každý týden <input type="checkbox"/>	denně nebo téměř denně <input type="checkbox"/>
7.	Jak často jste v posledním roce bral drogy a tím jste zanedbával dělat něco, co jste měl udělat?	nikdy <input type="checkbox"/>	méně než 1x měsíčně <input type="checkbox"/>	každý měsíc <input type="checkbox"/>	každý týden <input type="checkbox"/>	denně nebo téměř denně <input type="checkbox"/>
8.	Jak často jste si v posledním roce potřeboval vzít drogu ráno po intenzivním užití drog den předtím?	nikdy <input type="checkbox"/>	méně než 1x měsíčně <input type="checkbox"/>	každý měsíc <input type="checkbox"/>	každý týden <input type="checkbox"/>	denně nebo téměř denně <input type="checkbox"/>
9.	Jak často jste měl v posledním roce pocity viny nebo špatné svědomí v souvislosti s užíváním drog?	nikdy <input type="checkbox"/>	méně než 1x měsíčně <input type="checkbox"/>	každý měsíc <input type="checkbox"/>	každý týden <input type="checkbox"/>	denně nebo téměř denně <input type="checkbox"/>
10.	Zranil jste se nebo Vás někdo jiný zranil (psychicky nebo tělesně), protože jste bral drogy?	ne <input type="checkbox"/>	ano, ale ne v posledním roce <input type="checkbox"/>		ano, v posledním roce <input type="checkbox"/>	
11.	Mají příbuzní nebo známí, lékař nebo zdravotní sestra, nebo někdo jiný obavy, že berete drogy nebo Vám někdo řekl, že byste měl přestat brát drogy?	ne <input type="checkbox"/>	ano, ale ne v posledním roce <input type="checkbox"/>		ano, v posledním roce <input type="checkbox"/>	

Seznam drog (ne alkohol!)

Kannabis	Amfetaminy	Kokain	Opiáty	Halucinogeny	Rozpouštědla/ vdechovadla	GHB a jiné
Marihuana Hašiš Hašišový olej	Metamfetaminy Fenmetrazin Khat Betel Ritalin (metylphenidát)	Crack Freebase listy koky	kouřený heroin heroin opium	Extáze LSD (kyselina lysergová) Meskalin Peyotl PCP, andělský prach Psylocybin DMT (dimetyltryptamin)	ředidlo trichlorethylen benzín plyn roztok lepidlo, kliš	GHB anabolické steroidy Rajský plyn (Halotan) Amyl nitrát (Poppers) Anticholinergní směsi

Tablety – léky

Tablety se považují za drogy, jestliže:

- jich užíváte více nebo častěji, než Vám předepsal lékař
- je užíjete proto, že Vám to přináší zábavu, dobrý pocit, pozvednutí, nebo jste zvědavý(á), jaký druh účinku na Vás mají
- užíjete tablety, které jste získal(a) od příbuzných nebo známých
- užíjete tablety, které jste koupil(a) na černém trhu nebo ukradl(a)

Hypnotika/sedativa			Analgetika		
Alprazolam	Glutethimid	Rohypnol	Actiq	Durogesic	OxyNorm
Amobarbital	Halcion	Secobarbital	Cocilana-	Fentanyl	Panocod
Apodorm	Heminevrin	Sobril	Etyfin	Ketodur	Panocod forte
Apozepam	Iktorivil	Sonata	Citodon	Ketogan	Paraflex comp
Apobarbital	Imovane	Stesolid	Citodon	Kodein	Somadril
Butabarbital	Mephobarbital	Stilnoct	forte	Maxidon	Spasmofen
Butalbital	Meprobamát	Talbutal	Dexodon	Metadon	Subutex
Chloralhydrát	Methaqualone	Temesta	Depolan	Morfin	Temgesic
Diazepam	Methohexital	Thiamyal	Dexofen	Nobligan	Tiparol
Dormicum	Mogadon	Thiopental	Dilaudid	Norflex	Tradolan
Etchcholorvynol	Nitrazepam	Triazolam	Distalgescic	Norgescic	Tramadul
Fenemal	Oxascand	Xanor	Dolcontin	Opidol	Treo comp
Flunitrazepam	Pentobarbital	Zopiklon	Doleron	OxyContin	
Fluscand	Fenobarbital		Dolotard		
			Doloxene		

Tablety se nepočítají jako drogy, jestliže Vám je předepisuje lékař a užíváte je v předepsaných dávkách.

10.2 Příloha - Akutní truchlení

V této části jako přílohu přikládám publikaci kapitoly věnované akutnímu truchlení, které je traumatickou, ale přirozenou lidskou zkušeností.

Literatura:

Hana Papežová a kol. Naléhavé stavy v psychiatrii. Maxdorf Jessenius, 2014. Kapitola Akutní truchlení (str. 109-122).

9 AKUTNÍ TRUCHLENÍ

Doc. MUDr. Jan Vevera, MUDr. Martin Černý

Truchlení je těžkou, ale běžnou lidskou zkušeností. Na počátku 20. století práce S. Freuda a jeho následovníků poukázaly na nutnost aktivní práce s traumatem. To se promítlo do tendence medicinalizovat traumatické zkušenosti a standardně poskytovat psychoterapeutické či farmakologické intervence. V současnosti pohlížíme na truchlení jako na přirozenou lidskou zkušenost, s níž se většina lidí dříve či později během života setká a vyrovnává. Smrt rodiče zažívá 3–4 % dětí mladších 18 let. 45 % žen a 15 % mužů starších 65 let ovdoví. I když bezprostředně po doznívajícím úmrtí, nemoci či katastrofě má 1–2 třetiny osob některé z příznaků poruchy přizpůsobení či akutní reakce na stres, během 6 měsíců počet osob s přetrvávajícími symptomy klesá pod 10 %. Truchlení není nemoc (ani porucha) a ve většině případů není nutné ani správné ji farmakologickými či psychoterapeutickými prostředky medicinalizovat.

DEFINICE

Truchlení (angl. mourning) definujeme jako charakteristickou od- pověď na významnou nedávnou ztrátu, jako je např. ztráta blízké osoby. Popisuje také společenské rituály doprovázející ztrátu (např. spuštění vlajek).

Zármutek (angl. grief) je definován jako hlavní emocionální reakce v souvislosti s truchlením a zahrnuje různé psychologické a somatické reakce (tab.9.1). Zármutek je asociován se zvýšeným rizikem rozvoje duševních a somatických zdravotních komplikací.

Bolestná ztráta (bereavement) je ztráta, na kterou se pokoušíme adaptovat, typicky po úmrtí či ztrátě části těla.

④ tabulka 9.1 Reakce v souvislosti se zármutkem

Behaviorální	somatické	imunologické a endokrinní změny
agitace, tenze, neklid únava, vyčerpání hyperaktivita pátrání pláč, vzlykot sociální stažení potíže v sociálních interakcích	ztráta chuti k jídlu poruchy spánku ztráta energie, vyčerpání stížnosti na somatické potíže podobné tělesné potíže jako měl zesnulý	náchylnost k onemocnění, úmrtí
afektivní		Kognitivní
smutek, beznaděj, odmítání, tíseň úzkost, strach, děs pocity viny zlost, hostilita, podrážděnost anhedonie osamělost toužení (po nedostupném) šok, znečitlivění		zaujetí (až posedlost) myšlenkami na zemřelého, ruminace pocit přítomnosti zesnulého, potlačování, odmítání, popírání snížená sebehodnota výčitky, sebeobviňování bezmoc sebevražedné myšlenky pocit nereálnosti potíže s pamětí, koncentrací

NORMÁLNÍ TRUCHLENÍ

Součástí truchlení je smutek, pláč, únava, obavy z budoucnosti, anhedonie, pocity opuštěnosti, derealizace, poruchy potravní a sexuální apetence, spánku. Mohou se vyskytnout únikové reakce – drogy, alkohol, hyperaktivita. Jedná o proces, který se v čase vyvíjí, a jako ostatní krizové reakce má svůj typický průběh: 1. fáze – šok, 2. fáze – popření reality, 3. fáze – intruze (vnikání nutkavých myšlenek), 4. fáze – vyrovnání se, 5. fáze – smíření. Neznamená to ale, že každý musí projít všemi fázemi. Z časového hlediska lze rozlišit následující fáze (tab. 9.2).

Pro terapeutickou práci je ale vhodné nahlížet na truchlení jako na sled úkolů, které je třeba naplnit (tab. 9.3). Toto pojetí navržený Wordenem implikuje aktivní roli truchlícího, namísto pasivního procházení jednotlivými fázemi. Právě možnost truchlení ovlivňovat je aktivní intervencí a redukuje pocity bezmoci, které truchlícího pohlcují. Tato stadia nabízejí i návod na příslušné terapeutické intervence, probrané dále v odd. 9.4 Práce s truchlícími. Přeskočení jednotlivých fází či úkolů neznamená automaticky zpracování předchozích (např. brzké navázání nového vztahu), naopak může být známkou nezpracování (vytěsnění, útěku) probíhajícího procesu.

V procesu vyrovnávání se s bolestnou ztrátou a tendencí medicinalizovat doprovodné přirozené emoční projevy je někdy obtížné stanovit, co překračuje hranice normální reakce. Proto byla vypracována kritéria a označení patologické reakce – komplikované truchlení.

④ tabulka 9.2 Normální fáze truchlení

- první hodiny až dny – projevuje se např. jako šok, neochota uvěřit, odmítání ztráty, ochromení, necitlivost, otupění, paradoxní smích. Funkcí je ochrana před bolestivou realitou.
- první týdny až 6 měsíců – dochází k uvědomění reality ztráty, objevuje se touha po zesnulém, zaujatost ztrátou. Často je vyjadřována zlost, vztek, rozhořčení.
Dále smutek, výčitky, stud, pocity bezmoci, beznaděje, prázdnoty, pláč, poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, ztráta zájmu, zhoršení pracovního výkonu, stížnosti na tělesné potíže, potíže v sociálních interakcích, pocit, že život nestojí za to žít.
- 6 měsíců až 1 rok – fáze reorganizace, kdy dochází k úpravě normálního fungování a chování. Dochází k úplnému přijetí skutečnosti ztráty a důsledků. Symptomy z předchozích fází mohou ještě přetrvávat (obzvláště pokud se jednalo o významný vztah) nebo se znovu objevovat (např. při připomenutí). Normální pocity v této fázi zahrnují i zlost na zesnulého, stejně tak úzkostné obavy z ustrnutí na místě a stagnování.

④ tabulka. 9.3 Úkoly truchlení (upraveno dle Wordena)

Úkoly truchlení	Důsledky popírání či vytěsnění
<p>i přijetí reality ztráty</p> <p><i>Akutní</i> – musí jít o omyl, spletli se</p> <p><i>Dlouhodobá</i> – racionálně si ztrátu uvědomujeme často dříve, než ji dokážeme emočně přijmout. Může se vyskytnout zakonzervování (např. udržují pokoj zesnulého v takovém stavu, jako když naposledy odešel), nebo naopak snaha zbavit se naprosto všech věcí připomínajících zesnulého, popírání významu ztráty (nebyla to dobrá manželka; neznamenal pro mě tolik), selektivní zapomínání</p>	Nevěří
<p>ii Zpracovat bolest ze zármutku</p> <p>Smutek, úzkost, hněv, vina, osamělost</p> <p>Truchlíci se často snaží od těchto pocitů odpoutat (alkohol, drogy, cestování z místa na místo) a popírat je (např. příbuzní pacientů, kteří suicidovali, si často nedokážou připustit hněv, který vůči nim cítí za to, že je opustili)</p>	Necítí
<p>iii přizpůsobení se situaci</p> <p>III A Vnější přizpůsobení – každodenní život bez blízkého</p> <p>III B Vnitřní přizpůsobení – kdoteď jsem (bez partnera, bez dítěte)</p> <p>III C Spirituální přizpůsobení – smrt může otřást našimi základními důvěrou v okolí jako v bezpečné v předvídatelné místo. Přerámování světa</p>	<p>Nedokáže se přizpůsobit</p> <p>Neroste</p> <p>Nerozumí</p>
<p>iv trvalé spojení se zesnulým a vykročení do dalšího života</p> <p>Připrosu truchlení nejde o to vzdát se vztahu s mrtvým, ale najít takový prostor v emočním životě, který umožní žít efektivně dál. Přetrvává vliv vzpomínek, hodnoty a smyslu, který jejich život ztělesňoval</p>	Neposouvá se (život jakoby se smrtí blízkého zastavil)

KOMPLIKOVANÉ TRUCHLENÍ

Komplikované truchlení je abnormální zármutek po smrti milované osoby. Od normálního truchlení se neodlišuje ve své podstatě, ve způsobu truchlení, ale v intenzitě a délce trvání. Navržená kritéria zahrnují příznaky, jež se musí objevovat několikrát denně nebo musí mít významně stresující závažnost:

- dlouhodobé (nejméně 6 měsíců) a hendikepující truchlení, chřadnutí, touha po zemřelém
- potíže smířit se s úmrtím
- od úmrtí neschopnost důvěřovat druhým
- nadměrná hořkost související s úmrtím
- pocity stísněnosti při změnách
- odcizení od dříve blízkých osob
- pocit, že život bez zemřelého ztratil smysl
- pocit, že budoucnost bez zemřelého nenabízí nic k naplnění
- od úmrtí pocity napětí a lítostivost

V případě komplikovaného truchlení je indikována je psychoterapie.

Propojení s MKN-10

Ačkoli je proces truchlení projevem normální reakce, tato reakce může přesahovat do patologie a naplňovat kritéria duševního onemocnění.

Tabulka 9.4 znázorňuje normální reakci (v horní části) a abnormální reakci (v dolní části tabulky) na truchlení. Uvedeno je i kódování dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Normální reakce by se neměla kódovat kódy z kapitoly F, nýbrž uvedenými jinými kódy (z kapitoly Z).

PRÁCE S POZŮSTALÝMI

Při práci s pozůstalými se snažíme normalizovat jejich pocity, opakovaně je ujišťujeme, že to, co cítí a prožívají, je normální a přirozené. Základní principy poradenství pro pozůstalé zformuloval Worden do následujících bodů:

1. Pomoci akceptovat ztrátu

Při úmrtí se pravidelně objevuje pocit, že se to nestalo. Prvním úkolem truchlení je čelit této realitě. Hovořit detailně o okolnostech úmrtí. Nevyhýbáme se slovům smrt. Nepoužíváme zbytečně opisy (např. odešel místo zemřel).

Pokud klient nehovoří sám, pomáháme návodnými otázkami, např. Kdo Vás o smrti informoval, kde jste byl, když jste zprávu obdržel, co jste dělal apod.

④ tabulka 9.4 Projevy abnormální reakce dle MKN-10

Čas	hodiny–Dny	první týdny až 6 měsíců	
normální průběh	šok, odmítání, ochromení, necitlivost, otupění, paradoxní reakce (smích)	uvědomění reality ztráty, touha po zesnulém, zaujatost ztrátou, zlost, vztek, rozhořčení, smutek, výčitky, stud, pocity bezmoci, beznaděje, prázdnoty, poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, ztráta zájmu, smyslu života, zhoršení pracovního výkonu, stížnosti na tělesné potíže, potíže v sociálních interakcích	
kód MKN-10	Z63.4 odloučení nebo úmrtí rodinného příslušníka Z73.3 stres neklasifikovaný jinde + Z71.9 poradenství		

duševní porucha	akutní psychotická porucha akutní reakce na stres poruchy přizpůsobení dissociativní poruchy depersonalizační a derealizační syndrom nadužívání návykových látek (akutní intoxikace alkoholem)	akutní psychotická porucha (začátek do 2 týdnů) poruchy přizpůsobení posttraumatická stresová porucha fobické úzkostné poruchy panická porucha smíšená úzkostná depresivní porucha dissociativní poruchy obsedantně kompulzivní porucha somatoformní vegetativní dysfunkce přetrvávající somatoformní bolestivá porucha jiné somatoformní poruchy neurastenie depersonalizační a derealizační syndrom nadužívání návykových látek (akutní intoxikace, škodlivé užívání, závislost)	
kód MKN-10	F23, F43.0, F43.2 F44 F48.1 F10.0	F23, F43.2, F43.1 F40, F41.0, F41.2, F44, F42 F45.3, F45.4 F48.0, F48.1 F10.0, F10.1, F10.2	

6 měsíců až 1 rok	1 rok až 2 roky	nad 2 roky
reorganizace, úprava normálního fungování a chování, úplné přijetí skutečnosti ztráty a důsledků. Symptomy z předchozích fází mohou přetrvávat nebo se znovu objevovat. Zlost na zesnulého. Obavy z ustrnutí na místě.		
protrahovaná depresivní reakce posttraumatická stresová porucha fobické úzkostné poruchy panická porucha generalizovaná úzkostná porucha smíšená úzkostná depresivní porucha dissociativní poruchy obsedantně kompulzivní porucha nediferencovaná somatoformní porucha hypochondrická porucha přetrvávající somatoformní bolestivá porucha jiné somatoformní poruchy neurastenie depersonalizační a derealizační syndrom nadužívání návykových látek (akutní intoxikace, škodlivé užívání, závislost)	protrahovaná depresivní reakce fobické úzkostné poruchy panická porucha generalizovaná úzkostná porucha smíšená úzkostná depresivní porucha dissociativní poruchy obsedantně kompulzivní porucha nediferencovaná somatoformní porucha hypochondrická porucha přetrvávající somatoformní bolestivá porucha jiné somatoformní poruchy neurastenie depersonalizační a derealizační syndrom nadužívání návykových látek (akutní intoxikace, škodlivé užívání, závislost)	přetrvávající změna osobnosti fobické úzkostné poruchy panická porucha generalizovaná úzkostná porucha smíšená úzkostná depresivní porucha dissociativní poruchy obsedantně kompulzivní porucha somatizační porucha hypochondrická porucha přetrvávající somatoformní bolestivá porucha jiné somatoformní poruchy neurastenie depersonalizační a derealizační syndrom nadužívání návykových látek (akutní intoxikace, škodlivé užívání, závislost)
F43.21, F43.1 F40, F41.0, F41.1, F41.2 F44, F42 F45.1, F45.2, F45.4, F45.8 F48.0, F48.1 F10.0, F10.1, F10.2	F43.21 F40, F41.0, F41.1, F41.2 F44, F42 F45.1, F45.2, F45.4, F45.8 F48.0, F48.1 F10.0, F10.1, F10.2	F62.8 F40, F41.0, F41.1, F41.2 F44, F42 F45.0, F45.2, F45.4, F45.8 F48.0, F48.1 F10.0, F10.1, F10.2

2. Pomoci vyjádřit a identifikovat své pocity

K završení truchlení je obvykle nutné projít bolestí zármutku. Jedná se především o smutek doprovázený vědomím toho, co jsme ztratili, hněv, který potřebuje být správně nasměrovaný, strach z budoucnosti, bezmoc, pocity opuštěnosti, pocity viny, které je potřeba přehodnotit a rozřešit, a dále identifikovat a zvládnout úzkost. Někdy se vyskytuje též ulehčení (např. u dlouhodobě nemocných). Nejdůležitější roli hraje emocionální podpora. Kontinuální vyhýbaní se a potlačování těchto pocitů může truchlení prodlužovat. Základní intervencí je schopnost naslouchat a normalizovat pocity truchlení.

Smutek. Vhodné je podpořit vyjádření smutku, ne pouze jeho emoční prožívání. Pláč je užitečný, ale může být užitečnější v přítomnosti někoho, kdo poskytuje podporu.

Pocity viny jsou typicky vyjádřené v různých „kdyby“ větách („Kdybych tam dceru neposlal“, „kdybych tam byl s ní...“) a sebeobviňování (např. „Přál jsem si, aby se mu stalo něco ošklivého“; nebo „Co jsem udělal, nestačilo.“) S pocity viny rovněž souvisí potřeba obviňovat. Pozor, lehko se nacházejí obětní beránci. Pomáháme testovat realitou skutečnou zodpovědnost. Worden doporučuje dotazovat se

„Co jste tedy udělal?“ A pak „A co jste udělal kromě toho?“ a citlivě dovést truchlící k závěru, že udělali maximum možného.

Hněv, někdy přerůstající v agresi, je reakcí na frustraci a pocity bezmoci (viz kapitola Násilné

chování). Je vhodné s pacientem empatizovat a pomoci mu zlost vyjádřit, legitimizovat jeho reakce a neodsuzovat ho. Agrese patří mezi emoce, které nás posilují. Tuto energii je možné využít a převést ji na prospěšnou aktivitu. Například: „Chápu vás a rozumím vaší špatné náladě i vaší zlosti. Na vašem místě bych si asi počínal stejně, ne-li hůře. Vaše situace je těžká a váš vztek oprávněný. Je dokonce lepší, když máte vztek, než kdybyste to vzdával. Uvažte jen, zda je užitečné obracet jej proti lidem, kteří vám chtějí pomoci. Pojd'me si spolu říci, že osud je ničemný a my se mu spolu postavíme“ (Honzák).

Pomáháme uvolnit hněv vůči zemřelému např. technikou prázdné židle. Můžeme se také dotazovat „Co vám chybí?“ a posléze „A co vám nechybí?“ případně „Čím vás zklamal?“ Je důležité nenechat klienta s těmito negativními pocity, ale najít rovnováhu s pozitivními pocity. U některých lidí může docházet jen k udržování negativních pocitů (Otec byl alkoholik, nestaral se o nás), které slouží jako obrana před smutkem. Problémem pak není potlačení negativních pocitů, ale potlačení náklonnosti.

Úzkost. Pochází z pocitů bezmoci, z toho, že sami dál nezvládnou a nedokážou žít. Dalším zdrojem je zvýšené vědomí vlastní smrtelnosti. Pomocí kognitivní restrukturalizace ukazujeme způsoby, jakými zvládali problémy před ztrátou.

3. Pomoci postiženým žít bez zesnulého

Zesnulý hrál v životě pozůstalého různé role, např. toho kdo rozhoduje, sexuálního partnera. V mnohých

vztazích rozhoduje jeden partner a často je to muž. Po jeho smrti může být vdova pohlcena problémy s rozhodováním, které dříve neznala. Právě na zlepšení těchto dovedností se při pomoci můžeme zaměřit. Obecně odrazujeme od závažných, život měnících rozhodnutí, jakými jsou prodej majetku, změna kariéry či zaměstnání, adopce, rozvod, stěhování se. Je výhodnější pracovat se zármutkem ve známém prostředí.

Nevyhýbáme se zmínkám o zemřelém, snažíme se zvědomovat jak kladné, tak záporné vzpomínky (někdy je tendence vzpomínat a mluvit o jedné polaritě („o mrtvých jen dobře“ apod.) a nepodporujeme vytěšňování.

4. Pomáháme nalézt smysl ztráty

Truchlíci si klade otázku, proč se to stalo, a proč se to stalo mně. Ně- kteří lidé, se zapojují do společenských či politických aktivit, které mají vztah ke způsobu smrti, která jim vzala blízkého. Například rodiče dítěte, které zemřelo při vystupování ze školního autobusu, iniciovali a prosadili změnu dopravních předpisů. V kontextu toho, co jim připadalo jako zbytečná a nesmyslná ztráta, jim tyto aktivity pomohly uvěřit, že smrt jejich syna nebyla zbytečná. Ztráty mohou otrást sebevědomým pozůstalých. Snažíme se opět navodit pocit kontroly nad okolním prostředím, poukazujeme na ty oblasti života, kde taková kontrola úspěšně funguje.

5. Facilitujeme emoční přemístění zesnulého

Jedním ze způsobů, jak odvést emoční energii vázanou na zesnulého, je vzpomínání. Pomáháme najít pro

zesnulého nové místo, které umožní pozůstalému posunout se dále a vytvářet nové vztahy. I když zesnulý nemůže být nikým plně nahrazen, je v pořádku zaplnit prázdné místo novým vztahem. K tomu by ale mělo docházet až po vyřešení zármutku. Nový partner musí být vnímaný a oceňovaný takový jaký je, a ne jako náhrada.

6. Poskytnout čas a prostor

Dle Haškovcové normální proces zármutku zakončený nalezením nové identity trvá zpravidla jeden rok, ve kterém lze odlišit výrazné fáze. Během šesti až osmi týdnů je obvyklé projevovat otevřeně žal. Po dvou měsících je většinou pozůstalý schopen dostát svým pracovním povinnostem a zvládat tradiční roli v rodině. Proces zármutku však pokračuje a většinou po roce je pozůstalý schopen ztrátu vidět jinýma očima. Právě po 3 měsících, kdy už obvykle odezní podpora okolí, přichází krizové období, kdy se truchlící cítí být sám. Další taková období přichází kolem prvního výročí úmrtí a v období svátků. Právě tehdy je vhodné nabízet podporu a pomoc, truchlícího kontaktovat a na svátky se připravit.

Rovněž je důležité vytvoření prostoru pro sdílení, svěření, kontakt (např. jeden z partnerů odmítá mluvit o úmrtí). Členové rodiny v touze po zkrácení utrpení často truchlícího vybízejí, aby se už dál netrápil, začal zase žít: „Otec (zesnulý) by si nepřál, aby ses tak dlouho tránila“. Tyto výroky odrážejí spíše nepříjemné a nepohodlné pocity, které ve svém okolí truchlící vzbuzuje. Nepomáhají.

7. Interpretovat normální reakce

Truchlící mohou být zaskočeni intenzivními projevy zármutku, nesoustředěností, intenzivními vtíravými myšlenkami, pocity depersonalizace, pocity přítomnosti zesnulého (např. 80 % dětí se cítilo být pozorováno mrtvým rodičem čtyři měsíce po jeho smrti), přechodné iluzorní zážitky. Ptají se: „Je to normální? Nezbláznil jsem se?“

Terapeutickou intervencí je potvrzení adekvátnosti, důvěryhodnosti a normalnosti jejich reakce.

8. Respektovat individuální rozdíly

V západní společnosti se truchlení a smrt vytěšňují na okraj našeho zájmu (jak poznamenává Špatenková: „zapomnělo se na ně jako na smrt“). Tradiční symboly smutku, např. černá páska, které sloužily také jako signál okolí o omezení ve společenských a pracovních povinnostech téměř vymizely. Kromě tabuizace smrti se na fakt, že truchlení je v současném světě zřejmě obtížnější, než bylo dříve, podílí také další faktory: změna sociálních vazeb v rodině – posun směrem k nukleární rodině a malé zakotvení v širší příbuzenské síti (kdo z nás má a případně zná svého kmotra), nedostatek dalších sociálních sítí (kdo zná všechny své sousedy?) a odklon od náboženství. Dochází tedy k poklesu kvality i kvantity možné neformální pomoci.

9. Prozkoumat obranné mechanismy a kopingové strategie

Myšlení a chování může být vlivem zármutku dezorganizované a postižení mají sklon k chybným

generalizacím nebo naopak tunelovému vidění. Skutečnost, že malé množství alkoholu přispívá ke zmírňování úzkosti, napětí, vtíravých myšlenek a napomáhá spánku, otevírá cestu ke škodlivému užívání a závilosti. Varujeme i před dalšími únikovými reakcemi (drogy, ale i práce, rychlé střídání partnerských vztahů, cestování z místa na místo).

10. Identifikovat přetrvávající obtíže a doporučit další pomoc

U malé části truchlících (10–15%) se rozvine komplikované truchlení. Pak je vhodné odeslat truchlíčího k psychiatrovi, psychoterapeutovi, specialistovi na terapii pozůstalých.

Při práci s pozůstalými se často dopouštíme omylů a chyb. Nejčastější chyby a možnosti jejich korekce (dle Špatenkové) jsou v tabulce 9.5.

④ tabulka 9.5

Nevhodná vyjádření	vhodnější vyjádření
Jak Vám mohu pomoci? (To máte vědět vy!)	Vím, že Váš syn zemřel. Řekněte mi prosím, jak se to stalo. Jak to zvládáte?
Jak se cítíte? (No přece hrozně, jinak bych tu nebyl!)	Je dobře, že jste přišel. Co je nejtěžší?
Buďte statečný. Musíte být silný. Nepoddávejte se tomu. (To mi zrovna teď nejde.)	Je mi to líto.
Máte ještě celý život před sebou. (No právě, o to je to horší.) Vím, jak vám je (to těžko, copak Vám zrovna zemřelo dítě..., rodič)	Cítím s Vámi.
Vzchopte se, děti (rodiče) Vás potřebují. (Ale já sám nevím, co bude dál!) Jsi ještě mladá, budeš mít další děti..., partnera (Už nikdo nebude jako on, nikoho dalšího nechci)	Jsem tu, abych naslouchal.
Nesmíte si to tak brát. Musíte víc chodit mezi lidi. Otec (zesnulý) by si nepřál, aby ses tak dlouho trápila (Tyto rady vyjadřují spíš přání okolí a jsou reakcí na jejich nepříjemné a nepohodlné pocity, které v nich truchlící vzbuzuje. Nepomáhají)	Musí to být pro Vás těžké.
Čas to spraví. To bude dobré. (Jak to může být dobré, když život ztratil smysl!) Všechno jednou končí. Život jde dál. (Ale proč teď?)	Je čas truchlit i čas přestat truchlit. Věci nebudou stejné, ale časem se to zlepší

KAZUISTIKA

52letá žena byla přijata do péče po autonehodě 22letého syna (zemřel v autě, které řídil cestou z výletu, jiní pasažéři tam nebyli). Během prvního týdne po úmrtí jí praktický lékař nasadil 5 psychofarmak: 2 antidepresiva (SSRI a SNRI), 2 anxiolytika a hypnotikum. Ošetřující psychiatr redukoval a racionalizoval medikaci (zůstalo 1x anxiolytikum a hypnotikum), během psychoterapie hovořili detailně o okolnostech úmrtí, detailech nehody. Kromě strachu z budoucnosti a opuštěnosti se vyskytovaly derealizace a pseudoiluze (v bytě si připadala cizí, jako by tam byla poprvé, měla pocit, že syna vidí na ulici, že ji syn odněkud „seshora“ sleduje) bála se, zda nezačíná „bláznit“. Potvrzení adekvátnosti a normálnosti těchto pocitů přineslo mírné zklidnění. Po pohřbu dokázala s pomocí manžela uklidit a přeměnit synův pokoj (bydlel u nich). Manžel se ale o sy- novi nechtěl bavit. Využila nabízenou emoční podporu a prostor pro vyjádření emocí v terapii. V popředí výrazné pocity viny (Kdybych mu nedala k narozeninám peníze na autoškolu...) Realitou

testována skutečná zodpovědnost (řízení bylo jeho koníčkem, od 15 měl motocykl, měl vlastní příjem). Po měsíci snížena anxiolytika. Po dvou měsících návrat do zaměstnání, které i přes poruchy soustředění zvládala, problémy v rodině (výbuchy vzteku na manžela a 18 letou dceru). Postupně schopna uvědomit si a přeměřovat svůj hněv (mimo jiné směrem k dopravní situaci ve městě). Oceňovala ujištění o normálnosti jejích reakcí, mluvila o úlevě po vyjádření svých emocí. Po pěti měsících terapie ukončena a domluveno, že se po dalším půl roce (před Vánocemi) ještě sejdeme. Při této schůzce referovalo o tom, že se aktivně zapojila do činnosti organizace usilující o rozvoj a zlepšení bezpečnosti cyklistických tratí v jejím městě. Věří, že tím pomáhá zabránit dalším zbytečným úmrtím. Má i nadále pocit, že je se synem spojena, občas s ním v duchu hovoří, ale není to už doprovázené intenzivní bolestí („spíše jako bych se mu chlubila, co jsem dokázala“).

LITERATURA

1. Čírtková L, Vitoušová P. Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů – Příručka pro pomáhající profese. Grada; 2007.
2. Haškovcová H. Thanatologie. Galén; 2000.
3. Honzák R. Komunikační pasti v Medicíně, Druké doplněné vzdání. Galén; 1999.
4. Kübler-Rossová E. O Smrti a umírání. Arica; 1992.
5. Kushner HS. Když se zlé věci stávají dobrým lidem. Portál; 2011.
6. Ptáček R, Bartůněk P et al. Etika a komunikace v medicíně. Grada; 2011.
7. Špatenková N. Poradenství pro pozůstalé. Principy, proces, metody. 2nd ed. Grada; 2012.
8. Vevera J, Černý M. Zvládání agitovanosti a násilného chování. Psychiatrie pro praxi. 2011;12(2):69–71.
9. Worden JW. Smútkové poradenstvo a terapia. Príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2013.